

Prof. dr. doc. ANDREI ATHANASIU

**TRATAT
DE
PSIHOLOGIE MEDICALĂ**

Editura OSCAR PRINT
București ♦ 1998

Prof. dr. doc. Andrei Athansiu
Tratat de Psihologie Medicală

Prof. dr. doc. ANDREI ATHANASIU s-a născut la 14 decembrie 1922 la Bârlad. A urmat cursurile Facultății de Medicină (1941-1948), obținând titlul de doctor în medicină și chirurgie în 1949.

Are formație medicală (doctor docent în medicină internă), psihologică și grafologică (doctorat). Este președinte al Societății Române de Grafologie, membru al Societății Internaționale de Psihologia Scrisului. Menționat în Anuarul personalităților europene (*Who Who in Europe* din 1983).

Lucrări principale: *Bazele științifice ale grafologiei*, - teză de doctorat, *Splina - fiziopatologie și clinică* - (Editura de Stat, 1954), *Contribuții la studiul hipersplismului*, lucrare pentru titlul de doctor în științe medicale (1966), *Scris și personalitate* (Editura Științifică, 1970), *Psihologia profesiei medicale*, în colaborare (Editura Științifică, 1973), *Medicină și Muzică* (Editura Medicală, 1986), *Tratat de grafologie* (Editura Humanitas, 1996), precum și numeroase articole, studii, comunicări în reviste din țară și străinătate, la diferite simpozioane, conferințe sau congrese internaționale.

Tehnoredactor: ANDREEA DUMITRESCU
Corector: TRAIAN BĂDICAN

Tiparul a fost executat la
Tipografia Editurii **OSCAR PRINT**
str. Făinari nr. 25, sector 2, București
Tel./Fax.: 650. 32. 15

© Copyright OSCAR PRINT - pentru prezenta ediție -
București ♦ 1998

CUPRINS

Introducere	11
Capitolul I Dimensiunile psihologice ale omului bolnav (I)	17
Psihicul și evoluția biologică	17
Eficacitatea și eficiența psihicului	19
Perspectiva biochimică în psihologie	23
Perspectiva cibernetică în psihologie	25
Perspectiva psihoimunologică	27
Perspectiva cronopsihologică	33
Perspectiva informațională	40
Perspectiva etologică	41
Valorificări necesare	43
Capitolul II Dimensiunile psihologice ale omului bolnav (II)	46
Obiect și persoană	46
Inconștientul în structura persoanei	47
Modele ale persoanei umane	52
Autenticitatea	57
Persoana ca sistem deschis	59
Individualitate și individualizare	61
Terenul individual	62
Personalitatea în perspectivă sistemică	64
Capitolul III Factorii psihici în dinamica sănătății și a bolii (I)	66
Terminologie	66
Viața afectivă	68
Concomitențe endocrine ale stărilor afective	72
Concomitențe nervoase ale stărilor afective	75
Stări afective complexe	78
"Instinctul"	80
Despre reflexele condiționate	83

Capitolul IV Factorii psihici în dinamica sănătății și a bolii (II)	87
Considerații istorice	87
Aspectul corticovisceral (cerebrovisceral)	90
Aspectul viscerocortical (viscerocerebral)	96
Medicina psihosomatică	99
Capitolul V Constituție și tip	114
Despre tipologie	114
Constituție și biotipologie	118
Tipologia lui Kretschmer	120
Tipologia lui Sheldon	122
Caracterologiile	124
Tipuri de activitate nervoasă și superioară	130
Tipologie și asimetria emisferelor cerebrale	133
Tipuri spirituale	135
"Analiza destinului" la L. Szondi	137
Constituție și tipologie în homeopatie	139
Retrospectivă	141
Caracter și reacție la boală	143
"Personalitățile accentuate" și boala	147
Capitolul VI Durere, suferință, anxietate	152
Introducere	152
Durerea	152
Suferința	167
Neliniștea și teama - urzeală a psihologiei cotidianului în medicină	170
Capitolul VII Moartea ca problemă a psihologiei medicale	177
Geneza culturală a fricii de moarte	177
Psihologia clipei de moarte	180
Atitudini față de moarte	185
Sinuciderea	191
Aspecte legate de vârstă	197
Personalul medical și asistența muribunzilor	198
Eutanasia	200
Capitolul VIII Expresia ca mijloc de cercetare clinică	206
Introducere	206
Fața	206

Râsul și plânsul	213
Mâna	215
Examenul grafologic	218
Capitolul IX Sănătatea și sănătatea mentală	224
Introducere	224
Boala în cadrul personalității morbide	228
Ipohondria. Bolnavul închipuit	234
Bolnavii "dificili"	237
Probleme de igienă psihică în medicina generală	238
Capitolul X Personalitate și boală	243
Psihologia bolnavului ca reacție la boală	243
Unitate și varietate a reacțiilor	246
Boala și biografia psihică a persoanei	252
Despre semnificația detaliilor corporale	255
Tip de personalitate și răspuns la medicamente	260
Capitolul XI Psihologia medicală a vârstelor și sexelor	261
Considerații generale	261
Etape, stadii, crize	261
Concepte sintetice despre desfășurarea vieții umane	265
Prima copilărie	271
Copilăria propriu-zisă	274
Pubertatea și adolescența	276
Climacteriul	280
Probleme psihologice ale bărâneții	283
Date pentru o psihologie medicală a femeii	289
Psihologia gestației și a parturientei	294
Capitolul XII Corelații psihice ale unor boli acute și cronice	297
Generalități	297
Corelații psihologice ale bolilor endocrine	306
Afecțiunile sferei genitale	311
Alergiile	312
Psihologia cardiacului	313
Accidentele cerebrale acute	320
Psihologia tuberculosului	322

Psihologia convalescenței	329
Corelații psihologice în cancer	330
Psihologia infirmului	331
Medicul ca pacient	354

Capitolul XIII De la psihologia diagnosticului la diagnosticul psihologic

Simțul clinic	357
Metodologia diagnosticului	358
Erorile de diagnostic	366
Primejdia "mecanizării" și limitele "automatizării"	369
Despre un diagnostic în etape al persoanei	370
Simptomatologie psihică și remedii psihotrope în homeopatie	371

Capitolul XIV Psihologia relațiilor dintre medic și pacient

Introducere	374
Despre dialogul medic-pacient	376
Psihologia "situațională" a bolnavului	380
Medicul și pretențiile pacientului	383
Informarea pacientului de către medic	385
Consimțământul	386
Formarea și educarea bolnavului	387
Medicul văzut de pacienți	389
Despre prestigiul medicilor și al medicinei	391
Autotratamentul	392
Relațiile medic-pacient privite ca un "contact comunicant"	393
Compliance pacienților	399
Retrospectivă	400

Capitolul XV Aspecte psihologice ale bolii și ale medicinei

Introducere	403
Boala, fenomen social	405
Familia	412
Psihosociologia spitalului	414
Bolnavul spitalizat	416
Birocrație și medicină	418
Incidențele patologice ale psihosociologiei vieții moderne	419
Sociologia istorică a profesiei medicale	421
Câteva probleme psihologice ale educației sanitare	424

Capitolul XVI Terapia psihologică	431
Introducere	431
Psihoterapii simple	433
Psihoterapii dialectice	436
Psihanaliza	436
Psihoterapia non-directivă a lui Carl R. Rogers	438
Analiza existențială (Daseinsanalyse) și psihoterapia	439
Logoterapia	439
Psihoterapii directive	442
Terapia comportamentală	446
Terapeuice catartice	448
Psihoterapii colective	452
Culoarea	452
Coefficientul psihoterapeutic al medicamentului. Efectul placebo	454
Privire retrospectivă și completări	457
Bio-feed-back și comportament	461
Psihofarmacologia ca psihoterapie indirectă	464
Anexă: "Magnetismul animal" și fenomenele înrudite	466
Bibliografie	469

Introducere

O cercetare – chiar introductivă – a relațiilor dintre Psihologie și Medicină ni se pare a fi binevenită. Ea răspunde, mai întâi, unei legitime curiozități: a celor bolnavi în prezent, în trecut sau în viitor, a medicilor (dornici – între altele – să se cunoască, să-și aprecieze resursele și valențele psihologice ale activității lor), dar și a celor interesați să examineze “fenomenul uman”, așa cum se relevă el prin experiențele (inevitabile) ale durerii, ale bolii și ale apropierii de moarte. Ea răspunde însă, mai cu seamă, unor necesități subiective și obiective a căror satisfacere condiționează în mare măsură eficacitatea actului terapeutic și progresul asistenței medicale.

Astfel, *medicul*, oricare ar fi specialitatea sa, are nevoie de o concepție cuprinzătoare și subtilă asupra omului, sănătății, bolii. Extraordinara complexitate, fragilitate, coordonare și ingeniozitate a *vieții fiziologice* a organismului nu dă decât o imagine trunchiată, incompletă, despre ceea ce înseamnă persoana umană. Abia cunoașterea *vieții psihologice* a persoanei umane (care nu este alcătuită numai din “mecanisme”, ci și din probleme) ne așează pe acel nivel de înțelegere care ține seama de particularitățile esențiale, caracteristice, specifice ale sale. Concepția despre lume, *Weltanschauung*-ul medical care ignoră lumea psihică este cu totul deficitară tocmai sub aspectele *umane*. S-a crezut un timp că acest *Weltanschauung* poate pretinde pentru sine avantaje de perspectivă tocmai renunțând la punctul de vedere comun, al “omului de pe stradă”, pentru care există aparența unei vieți sufletești – și căutând, pretutindeni, baza materială a acestor manifestări, singura, având semnificație științifică. Pentru unii medici din trecut – dar și pentru unii medici de astăzi –, contribuția importantă a medicinei la progresul ideilor noastre asupra

vieții psihice ar trebui căutată în "demitizarea" și "demistificarea" ei, în suprimarea "iluziilor" privind autonomia vieții psihice sau libertatea "morală" a omului, în cadrul vieții în general. Dar această *problemă de ontologie* nu trebuie să întunece problematica psihologică a medicinei, problematică de ordin practic (pragmatic), care interesează durerea și suferința, "comunicația" interumană, atitudinea față de boală și față de moarte etc. Nu poate fi vorba de "desființarea" psihologiei ca știință cu obiect propriu și cu metode proprii de cercetare. Rezolvarea în spirit materialist a problemelor psihologiei nu poate împieta cu nimic asupra recunoașterii *eficacității* psihicului în lumea materială și socială, admiterii unor corelații psihosomatice (și nu numai a influențelor somatopsihice). Putem afirma, de aceea, că pentru medicul practician psihologia este importantă nu numai pentru că este o știință a cărei orientare materialistă a fost sprijinită și cu argumente de ordin fiziologic, biochimic, medical – ci tocmai prin datele, metodele și punctele de vedere *specifice* ei, absente din științele fizice, chimice sau biologice și care completează investigarea, explicarea și înțelegerea fenomenului om, a activităților umane, a patologiei umane. Evident, importanța psihologiei este, pentru medic, nu numai teoretică (filosofică și antropologică), ci mai ales practică. Nu numai neurologul ("cerebrologul") este direct interesat; iar pentru valențele practice – nu este interesat în *primul rând* psihiatrul, ci în primul rând medicul care vine în contact cu bolnavul *sănătos din punct de vedere psihic*. Psihologia trebuie să devină, de aceea, o componentă cu pondere mare în formația *generală* a medicului, iar indicațiile sale se cer folosite conștient și sistematic de către orice specialist.

Pentru bolnav, datele de psihologie a medicinei îl pot ajuta să se înțeleagă pe sine și pot contribui hotărâtor la "înțelegerea" cât mai bună dintre medic și bolnav, premisă a succesului diagnostic și terapeutic.

Firește, valoarea "obiectivă" a vieții "subiective" nu este pusă la îndoială nici de către cei care discută dinamica vieții personale, nici de către cei care discută dinamica vieții sociale și culturale.

Este ușor de văzut că o medicină care ar ignora psihologia ar fi o medicină *biologică* și nu *antropologică*, depersonalizantă, ruptă atât de dinamica vieții personale, cât și de dinamica vieții sociale și culturale. Dar, în felul acesta, n-ar suferi numai medicina; și psihologia sau teoria culturii ar fi lipsite de contribuții însemnate aduse de observația omului aflat în "situații limită", pus față în față cu problematica durerii, a bolii, a morții (*Homo patiens*).

Ce fel de date și ce fel de "gândire psihologică" sunt necesare medicului în cadrul formației sale generale sau a activității în specialități oarecare (nu neapărat neuropsihiatrice)?

Să numim *psihologia analitică* psihologia îndreptată spre "descompunerea" vieții psihice în procese (funcțiuni, facultăți) elementare. Este cercetarea care are în obiectiv studiul – pe cât se poate mai riguros – al atenției, memoriei, ritmului psihic etc. Fără a contesta valoarea diagnostică și teoretică a unor astfel de cercetări, opinia noastră este că asemenea preocupări, cu caracter mai mult tehnic, trebuie lăsate pe seama psihologului specialist. În lucrarea noastră (care nu are decât un caracter orientativ, care nu are pretenții de enumerare exhaustivă a valențelor psihologice ale medicinei și se ferește de indicații tehnice) vom da mai mult atenție problemelor de *psihologie sintetică*, psihologiei "funcțiilor globale" (cum sunt cele legate de viața afectivă, de motivație, de atitudine, de "sentimentul realului", studiat de P. Janet) și *psihologiei persoanei* (Allport, Mărgineanu). Și, în deosebi, ne va interesa poziția față de suferință, față de boală, față de moarte, care "demască" atitudini față de propriul eu și față de viață, și – adesea – un anumit *Weltanschauung*. Psihologia sintetică și psihologia persoanei nu au exactitatea pe care le-ar putea-o împrumuta metodele experimentale; fără a se depărta de contribuțiile științelor naturii, ele se apropie de spiritul "filosofic" al științelor culturii. Pentru că nu ne putem limita la o abordare exclusiv descriptivă, ci vom căuta și interpretări deterministe, considerațiile noastre vor împrumuta critic ipoteze din sectorul *psihologiei dinamice*.

Trebuie să facem observația că elementul *antropologic* din medicină nu se reduce la *psihologie*, pur și simplu. O importanță covârșitoare îl are elementul *sociologic*. Pentru medicina practică la nivel individual, de mare interes sunt datele, observațiile, preocupările

de *psihologie socială*. Psihologia, în totalitatea ei, nu face parte dintre științele antropologice (umaniste), căci există și o psihologie animală (zoopsihologia). Psihologia umană de interes medical are conexiuni strânse cu problemele psihologiei *culturii* (inclusiv cu problemele așa-numitei antropologii culturale, ale esteticii și cu cele ale creației culturale), și cu problemele teoriei valorilor (axiologie). Lumea "specific umană" este, după mulți gânditori, lumea valorilor (etice, estetice, religioase etc.). Mai ales autorii germani au sugerat etichetarea lumii valorilor cu termenul de "lume spirituală", deosebind "sufletul" (*Seele*) de "spirit" (*Geist*). (Asupra acestei nomenclaturi vom mai reveni). Menționăm că atitudinea bolnavului față de sine-însuși, față de boală, față de medic și față de medicină depinde de coordonatele culturale, reflectă o anumită ierarhie de valori și, în ultimă instanță, factori de ordin sociologic și istoric. Pentru medicină însă sunt importante atât procesele psihice cu rădăcini sociale, cât și cele cu rădăcini biologice puternice – care țin de pulsuni și de temperament, ca și cele care țin de particularitățile biografice individuale.

Psihologia pe care o cultivăm nu poate fi o psihologie *generală*, care să rețină numai caracteristici comune, nespecifice individualităților umane – ci, dimpotrivă, trebuie să fie o psihologie *diferențială* și *tipologică*. Ea nu este decât într-o anumită măsură o psihologie de *laborator*, a cercetării în condiții artificiale; în cea mai mare măsură este o psihologie "*clinică*" (înțelegând "metoda clinică" în sensul acceptat de J. Piaget, și nu în sensul de "psihologie la patul bolnavului"). Psihologia clinică urmărește prin observație și experiment natural, prin cercetare în timp ("longitudinal"), individul concret, global, sănătos sau bolnav. Psihologia medicinei caută să fie o înfrunțare a celei *psihologii concrete* pe care o preconiza G. Politzer, psihologia care are în centrul ei "drama" persoanei umane. Psihologia "medicală" va pune accentul atât pe date obiective (sau obiectivabile), cât și pe date subiective (introspecția bolnavului, "intuiția" medicului). Psihologia medicinei nu poate fi "impersonală", o psihologie a individului oarecare, descris "la persoana 3-a" (*el, ea*), ca subiect care cunoaște, care reacționează sau acționează; sau psihologia "la persoana întâi", a celui care se autoobservă. Un rol important în cadrul ei îl joacă "psihologia la persoana a 2-a" despre care scria

E. Minkowski (psihologia care cunoaște un "tu" distinct de alții) – și, în particular, psihologia interacțiunii "eu-tu" (analizată de psihanaliză, de M. Buber și de sociometrie). Această interacțiune specifică, între două *persoane* care se cunosc în ceea ce au ele deosebit (poate "unic"), sau între două persoane cu *roluri* bine definite, este cea care intervine ca bază a relațiilor dintre pacient și medicul *său*, sau în etiologia multor afecțiuni psihosomatice. Dragostea, transferul, vindecarea "miraculoasă" sunt exemple de concretizare a unor astfel de interacțiuni psihice.

Vorbim despre psihologie în *medicină*, despre psihologia *medicinei*, ca și despre psihologia *medicală*, pentru a sublinia că sfera de preocupări din volumul de față nu coincide cu psihologia generală sau diferențială *aplicată* la probleme de teorie și de practică medicală, diagnostică și terapeutică. Psihologia *medicinei* cuprinde, între altele, și problematica psihologică a profesiunii medicale, ca și psihologia *dramei* existenței umane proiectată pe coordonatele bolii, suferinței, morții și interacțiunii filantropice (sau "antropofile"). Ea are, ca atare, implicații de etică, de antropologie filozofică, de psihologie a aptitudinilor și a muncii și de ceea ce s-ar putea numi "teoria idealurilor" (*ideologie*).

Psihologia medicinei nu trebuie redusă la *psihopatologie*, cu care își încrucișează sfera. Patologia psihicului interesează mai ales pe psihiatri; ceea ce urmărim a prezenta, în unele capitole, este mai curând o *patopsihologie*, adică psihologia omului bolnav cu psihicul "sănătos". Acesta ne duce, firește, la depășirea schemei simpliste după care suflet sănătos se găsește *numai* în corp sănătos. Dialectica interacțiunilor psihosomatice ne apare, dimpotrivă, cu valoroase aspecte de autonomie și cu tulburătoare aspecte de antinomie; tocmai relativa independență a structurilor "psihice" (sau spirituale) față de dinamica fiziologică și fiziopatologică permite psihoterapeutului să se *sprijine* pe persoana bolnavului pentru a obține vindecarea. Spre

* O distincție între "psihopatologie" ca patologie a funcțiilor psihice (analogă fiziopatologiei) și "psihopatologie" ca studiu al psihologiei *psihicului* bolnav o face E. Minkowski. Desigur, nu este exclusă posibilitatea de alterare în timp a psihicului celui suferind de boli somatice (psihizare, nevrozare, psihotizare, nervotizare).

deosebire de psihopatologia cu punct de plecare în psihiatrie, care are în vedere în primul rând diagnosticul nosografic și nosologic (sau "sindromologic") și care procedează mai ales *analitic*, psihologia medicală sau psihologia medicinei (așa cum o preconizăm) procedează mai ales sintetic în vederea *înțelegerii* lumii interioare a bolnavului.

Astfel conturată, *psihologia medicală* are relații multiple și complexe cu ramurile cele mai diverse ale științelor despre om și ale științelor "umaniste": psihologia și psihologia socială, antropobiologia, antropologia culturală și filozofică, etnografia, filozofia culturii, sociologia, medicina socială și sociologia medicală, istoria civilizației etc.

Cât despre relațiile sale cu științele biologice, ele vor fi examinate principal în capitolul următor – și în detalii în capitolele consacrate vieții afective, etologiei, biotipologiei etc.

*
* *

Această lucrare reprezintă în concepția noastră un tratat prin:

- amploare - abordare cuprinzătoare care ține seama de complexitatea problemelor din acest domeniu interdisciplinar și care depășește un manual;
- nivel superior de tratare cu deschidere de perspective;
- orientare personală în stabilirea ierarhiilor și corelațiilor fundamentale.

Socotim că orice cunoaștere și orice cercetare poate să-și aducă, mai devreme sau mai târziu, fructele sale.

Astfel medici, psihologi, filosofi și toți acei care se preocupă de ființa umană în fața vieții, bolii și morții ar putea găsi un îndreptar util descoperind noi reliefuri. Vrem să sperăm.

Autorul

Dimensiunile psihologice ale omului bolnav (I)

Psihicul și evoluția biologică

La prima vedere ar putea să pară ciudat faptul că I. P. Pavlov, corifeul luptei pentru explicarea *fiziologistă* a comportamentului animal și al luptei împotriva "antropomorfizării" zoopsihologiei, a putut să scrie că "lumea noastră subiectivă este prima realitate de care ne ciocnim" și să afirme că "psihologia, care se preocupă de partea subiectivă a activității omului, are *fără îndoială* (sublinierea noastră) drept la existență". I. P. Pavlov era omul faptelor și – pentru un om al faptelor – nu este neglijabilă nici o disciplină a cunoașterii, fie ea și *pur descriptivă*. Aspectul subiectiv este, într-adevăr, aproape *definitiv* pentru actul psihic și, de aceea, orice știință despre om (umanistă, antropologică) nu se poate mulțumi cu fiziologia activității nervoase sau cu fiziologia cortexului cerebral, discipline care se mișcă în exclusivitate pe *plan obiectiv*. A fi *subiectiv*, în înțelesul pe care-l vom folosi, înseamnă nu numai a reflecta realitatea obiectivă prin prisma intereselor sau a reactivității proprii (în acest sens "subiectivul" înseamnă îmbinarea a ceea ce este obiectiv cu *specificul* divers și individual; înseamnă informație prelucrată specific și apreciată specific). A fi *subiectiv* înseamnă reflectare și apreciere în câmpul lumii interioare. Particularitatea metodologiei psihologice propriu-zise este *necesitatea* absolută a drumului "prin subiectiv".

* I. P. Pavlov, *Experiența a douăzeci de ani în studiul activității nervoase superioare a animalelor*, Editura Academiei, București, 1953, p. 343; I. P. Pavlov vorbește în altă parte despre "calvarul conștiinței".

Astfel, viziunea *completă* asupra fenomenului "om" (în stare normală sau în stare patologică) impune luarea în considerație a dimensiunii sale psihologice. Axioma (implicată și în aprecierea făcută de I. P. Pavlov) după care suferința trebuie alinată, are drept corolar *umanitar* pentru practica medicală cercetarea răsunetului subiectiv al bolii și al tratamentului. Este suficient să amintim că descoperirea narcozei, a rahianesteziei, a anesteziei locale au marcat o *cotitură* în drumul multimilenar al chirurgiei. Dar pentru medic, ca și pentru psiholog, sunt importante și răspunsurile la alte două probleme, privind *eficacitatea* obiectivă a vieții psihice și *necesitatea* de a ține seama de înălțuirea fenomenelor psihice pentru a explica anumite procese, evenimente sau stări de fapt – care privesc organismul sănătos sau bolnav (și nu numai comportarea sa, în sens restrâns).

Astăzi obișnuim să examinăm aceste probleme sub specie *evolutionis* și să considerăm eficacitatea adaptativă a vieții psihice pe plan ecologic. Admitem, așadar, că psihicul este o formă de manifestare a materiei vii superior organizate. Admitem că psihicul se dezvoltă inițial în raport cu nevoile biologice. Apariția psihicului în lumea vie poate fi considerată ca apariția *unui nou tip de reacții* ale organismului la *mediul său de viață* și ca apariția *unui nou tip de interacțiuni* între organisme. Psihicul realizează reglări și adaptări după principii noi, reînnoiește "tactica biologică" a adaptării la mediu. O asemenea linie nouă de adaptare biologică culminează cu transformarea de către om, cu ajutorul uneltelor, în funcție de scopuri și tendințe, a mediului abiotic și biotic.

Eficacitatea vieții psihice în adaptare privește latura de *comportament* a animalului superior. *Eficiența* vieții psihice este însă multiplicată continuu în și prin activitatea socială. În evoluția psihicului găsim trepte spre și până la reflectare conceptuală în *idei* ("idealul"). În societatea umană, psihicul se dezvoltă, în continuare, în raport și cu nevoile de producție (nevoi materiale) și de adaptare la viața socială. Dezvoltarea psihicului generează, la un moment dat, nevoi autonome: *nevoile* de ordin psihologic – cum sunt nevoile culturale. Totodată, nevoile biologice și economice dobândesc o

"împregnare" spirituală: omul creează o "lume" nouă, în raport cu care își apreciază starea și comportamentul și care este lumea "valorilor".

Eficacitatea și eficiența psihicului

O primă concluzie care deosebește concepția materialist-dialectică de concepțiile materialist-vulgare (mecaniciste) este, așadar, admiterea *eficacității* vieții psihice în lumea reală – și a *originalității* sale (ca fenomen). Originalitatea înseamnă, între altele, specific calitativ, ireductibilitate *logică* și *conceptuală*. Pentru a "înțelege" viața psihică sau viața manifestând interacțiuni psihice, avem nevoie de un plus de concepte peste cele ale fiziologiei nervoase. Pentru că noi înșine "avem" viață psihică, putem obține o "*înțelegere*" *directă*, raportându-ne la *trăirile noastre intime*. Această modalitate înseamnă surprinderea unor relații "inteligibile" în sens psihologic (scop, intenție, motiv, tendință, sens etc.).

"Înțeleg" că un om căruia i s-a dat un ajutor a manifestat recunoștință; că un om furiat a lovit pe un altul etc. K. Jaspers a vorbit despre *verständliche Zusammenhänge*, termen pe care francezii l-au tradus prin "intelectiv", "comprehensibil". Se poate vorbi despre "un determinism intrapsihic" în care faptele, evenimentele etc. apar ordonate după categorii proprii psihologiei. Această ordonare diferă de cea a "relațiilor cauzale", așa cum o face curent neurofiziologul în explicarea actului reflex (deși *presupune* determinismul).

Trebuie să observăm că *explicarea cauzală* (în sens fiziologic și fizic) a actelor psihice sau de comportament cât de cât complexe, ne scapă astăzi și ne apare, oricum, ca fiind extrem de complicată. Psihologul, atât timp cât se mișcă între limitele unei vieți psihice normale, poate înțelege satisfăcător determinismul acestei vieți psihice (și poate interveni în desfășurarea ei) cu ajutorul unei gândiri *autonome*, care nu face apel la neuro-fiziologie. Acestă gândire nu este însă *suficientă* atunci când trebuie explicată, de pildă, o influență

evolutivă din partea infrastructurii fiziologice (de exemplu, apariția *motivației sexuale* a comportamentului, la pubertate, sub influența hormonilor sexuali) sau atunci când structura psihică este alterată (de exemplu, în confuzia mintală și în unele psihoze, manifestările bolnavului nu sunt "interpretabile" prin determinism intrapsihic; ele se cer explicate, în primul rând cauzal, pornind de la baza anatomo-fiziologică și chiar de la baza metabolică a activității cerebrale).

Există, așadar, nevoia *practică* de a aborda viața psihică și cu ajutorul mijloacelor, metodelor și conceptelor sale specifice; dar, pentru medic există și nevoia *practică* de a încerca să descifreze relațiile dintre "suprastructura" psihică și "infrastructura" fiziologică, pentru a putea interveni *de jos în sus*.*

Eficacitatea obiectivă a vieții psihice se manifestă prin mijlocirea *organelor corporale*, de ex., prin mijlocirea organelor de mișcare. Există deci o influență psihosomatică *în sens restrâns*, de observație curentă (*mens agitat molem*). Cât de "largă" este această influență? Desigur, o activitate motorie "comandată" nu s-ar putea efectua dacă nu ar fi influențate, concomitent, și viscerele de deservire a acesteia (inimă, vase, ficat, plămâni etc.). Pe de altă, parte, *emoțiile* au o corelație fiziologică neuroendocrină; prin mijlocirea hormonilor, viața afectivă are un răsunet global, omnitisular. *Expresia* emoțiilor cuprinde cu predilecție anumite sectoare somatice (de ex. faciesul).

Caracterologii "văd" exprimarea temperaturii și caracterului în detaliile activității motrice. Psihosomaticienii (în sensul larg al acestui cuvânt) susțin strânsa corespondență și influențarea reciprocă a "laturilor" (aspectelor?) somatic (fizic) și psihic ale persoanei umane. Eficacitatea *somatică* a psihoterapiei poate fi înțeleasă ca o intervenție de *sus în jos*.

În perspectivă dialectică, *autonomia* vieții psihice înseamnă totodată dependență și independență relativă. *Dependența* vieții psihice trebuie judecată simultan în raport cu *viața fiziologică* și cu *viața socială*.

* Tot astfel, chimistul are nevoie de cunoștințe despre structura și "funcționarea" atomului.

a) Fiziologia este pe cale de a descifra *mecanisme cerebrale* de mare importanță pentru viața psihică. Stăpânirea lor constituie un mijloc de a o putea influența (psihofarmacologie, psihochirurgie). Dar dezvoltarea psihoterapiei pune la îndemână, în același timp, mijloace de comunicație *specific umane* de influențare a vieții psihologice și – până la un punct – a vieții fiziologice*.

b) Există un grad de *autonomie* a vieții psihice în raport cu infrastructura fiziologică. Pe baza acesteia, influențele sociale pot domina determinantele biologice. Pe de altă parte însă, rădăcinile temperamentale ale mentalității fac ca, în cadrul *dependenței* față de factorii istorico-sociali și economico-sociali, să existe o multitudine de atitudini individuale, nestandardizate.

c) Patologicul înseamnă o intervenție accidentală și incidentală în "mecanismele" infrastructurale fiziologice și în interacțiunea om-societate. Restrângând gradele de libertate a vieții (K. Marx), boala va accentua *dependența* psihicului față de factorii care o condiționează. Acest fapt are implicații în medicina legală (scăderea responsabilității etc.). Totodată, slăbind eficiența unor instanțe de control și autocontrol, aspecte *autentice* ale personalității (de exemplu, cele temperamentale) până atunci mascate (sau dominate de "caracter") pot ieși la iveală. Situația de boală constituie, astfel, o cale de cunoaștere a intimității fenomenului personal-uman (idiografic) și a celui general-uman (generic).

Se poate vorbi de o *perspectivă biologică* asupra vieții psihice, care nu trebuie confundată cu *perspectiva biologizantă* și nici cu *perspectiva fiziologistă*.

Din perspectivă biologică se argumentează "eficacitatea" vieții psihice, luând în considerare, de pildă, funcția biologică a gândirii sau a vieții afective (în adaptare, în perpetuarea speciei etc.). Ea este, după cum s-a văzut, o perspectivă ecologică și evoluționistă. *Semnificația* pentru fenomenul "viață" a psihicului este o problemă de biologie generală, în timp ce *mecanismele* nervoase ale vieții psihice sunt o

* Medicamentul sau intervenția chirurgicală sunt tot mijloace specifice umane (tehnice, artificiale), dar ele acționează prin "mecanisme" *diabotice* (comune omului și animalelor) și nu prin "mecanisme" *dianoetice*.

problemă de fiziologie. Înțelegerea justă a doctrinei lui I. P. Pavlov duce la etichetarea ei ca o perspectivă *biologică* proiectată asupra activității nervoase superioare. Interesat (ca fiziolog) de mecanismele cerebrale (pe care le imagina pe linie carteziană, reflexologică) el n-a pierdut din vedere (ca bun darwinist) însemnătatea lor adaptivă și evoluționistă, sensul lor biologic. O perspectivă *biologică* asupra vieții psihice se găsește și în behaviorism – o altă direcție de constituire a unei “psihologii fără psihic”, a unei științe obiective a comportamentului. Pentru behaviorism, importantă este stabilirea legilor care leagă stimulii obiectivi de reacții obiective ale animalelor; mecanismele subiacente nu intră în cadrul acestor preocupări. În sfârșit, s-a constituit, ca știință de observație, experimentare și interpretare a comportamentului natural, mai ales înăscut sau ereditar, *etologia* (K. Lorenz, Tinberger ș.a.).

O perspectivă *biologizantă* ar însemna considerarea vieții psihice *umane* ca un instrument exclusiv al vieții biologice (instincte de alimentare, de reproducere etc.). Or, în cadrul societății, viața psihică a dobândit noi funcții (culturale, “spirituale” etc.), care sunt în general preponderente. (Noi semnificații a dobândit și viața corporală: organele, funcțiile de alimentare, reproducere, relație etc.).

Perspectiva *biologică* poate fi opusă, până la un punct, perspectivei *fiziologice*. Ea restabilește – pe plan conceptual – unitatea dintre *somatic* și *psihic*, care constituie o problemă greu de descifrat atunci când examinăm psihicul și soma *umană*, ca termeni finali ai unei diferențieri ontogenetice și filogenetice. În schimb, pentru genetician și pentru embriolog, care cercetează transmiterea ereditară a înșușirilor fizice și de comportament, ca și dezvoltarea lor pornind de la celula-ou, această unitate este un postulat. Ecologul (sau etologul) știe, de asemenea, cât se poate de bine că un animal dotat cu cele mai perfecționate organe nu poate trăi dacă natura nu-i dă și reacțiile comportamentale prin care să le folosească în mod adecvat.

Perspectiva *biologică* este necesară, dar nu suficientă pentru psihologia medicinei. Nu putem înțelege omul numai prin dinamica ereditară a organelor sale; omul este *mai mult* decât un organism. S-ar putea spune că boala aduce și o “regresiune antropologică” a perso-

nei spre starea de organism. Într-adevăr, analiza pur cauzală a bolii găsește în ea numai o “anomalie de material”, un *defect*. În *perspectivă biologică*, boala este “viață în condiții modificate”. Dar este vorba de un om bolnav, și atunci a fi bolnav înseamnă o existență umană modificată - viața trăită, în forma *insuficientă*. Boala limitează libertatea omului de a-și urma țelurile; la organismul bolnav domină lupta *biologică* pentru restabilirea stării de sănătate, finalitatea intrinsecă. Prognosticul devine infaust atunci când autoreglarea eșuează, când finalitatea este *redușă* la cauzalitate. Prin boală, *persoana* umană se sărăcește deseori, ea devine un simplu *individ* biologic; prin moarte, omul devine un simplu obiect (lucru).

Un oarecare paralelism cu situația descrisă există și în regresiunea morbidă a vieții psihice; psihismul relațiilor *intelective* se reduce, apar relații “absurde”, care sunt însă susceptibile de a primi interpretări finaliste (apărare a *ego*-ului etc.) și – în cele din urmă - apar numai explicații cauzale (neurofiziologice).

Perspectiva biochimică în psihologie

Există și un *punct de vedere biochimic* în psihologia și în psihiatria contemporană. Orientările actuale sunt legate în principal de următoarele probleme (care sugerează un model, “umoralist” al creierului):

1. Influența (de netăgăduit) a secrețiilor endocrine asupra vieții psihice – subînțelegându-se prin aceasta mai ales răsunetul psihic al influenței *directe* hormonale asupra substratului nervos. În această privință, C. I. Parhon are lucrări de pionierat, publicate în primul deceniu al secolului al XX-lea. Menționăm nevrozele obținute de I.P. Pavlov prin castrare. Actualmente se vorbește despre “endocrinopsihiatrie” (M. Bleurer) și despre “psihosindromul endocrin”.

2. Existența a numeroase “erori înăscute de metabolism”, care evoluează sub forma unor afectări metabolice și histologice cerebrale, repercutându-se asupra dezvoltării mentale.

3. Cercetarea substratului chimic al memoriei, substrat căutat în ribonucleoproteinele neuronale (Hydén) sau în fosfolipide (Macovschi); pentru acesta din urmă, materia vie – substrat al gândirii abstracte – este o materie vie specializată, “noesică”.

4. Viața psihică poate fi influențată în mod variat de către substanțe chimice, toxice sau medicamentoase. Vechile probleme ale stupefiantelor, alcoolismului, tabagismului, uzului și abuzului de cafea au fost reactualizate în urma succesele obținute de psihofarmacologie. Medicația psihotropă, tranchilizantă, psihoholică etc. a deschis noi perspective, nu numai teraputicii, ci și fiziopatologiei și psihopatologiei. Menționăm că o gamă variată de simptome psihice se găsește consemnată în “patogeneza” remediilor homeopatice.

5. Unele acțiuni toxice pot produce simptome psihice sau pot reproduce sindrome majore *psihiatrice*. Intoxicarea bulboapnică a animalelor duce la o stare similară catatoniei (Baruk și De Jong), fapt care a fost interpretat ca “actul inaugural al psihiatriei experimentale la animale”. Corelațiile psihologice și psihopatologice ale bolilor infecțioase sau ale bolilor organelor interne ne apar astfel în altă lumină. Dar, așa cum vom mai arăta, trebuie să ne ferim de a interpreta manifestările psihice din cursul unor boli ca fiind efecte *directe* (de tipul celor manifestate de *obiecte*) ale unor cauze unice și simple; întotdeauna, între cauză și efect se interpune *persoana* – și deseori simptomele sunt expresia unei *riposte* (și nu o *reacție* nemijlocită).

6. Creierul este privit din ce în ce mai mult ca un ansamblu de microsisteme hormonale, ca un complex endocrin. Este de-ajuns să amintim despre intermediarii chimici ai excitației (și inhibiției) nervoase: printre primii, sunt bine cunoscuți noradrenalina, acetilcolina, serotonina. Pe de altă parte, se cunosc neuroni secretori de polipeptide cu acțiuni hormonale în sensul clasic al cuvântului: așa-numiții hormoni neurohipofizari (oxitocina, vasopresina), stimulinele hipofizei. În sfârșit, menționăm descoperirea encefalinelor, inclusiv a endorfinelor, “morfine” endogene, polipeptidice. În perspectiva actuală, unii hormoni polipeptidici hipofizari sunt priviți ca “materie primă” pentru lanțuri mai scurte cu acțiune neurotropă (cerebrotropă).

7. Din metabolizarea anormală (?) sau din alterări chimice ale moleculelor de substanțe metabolice uzuale ale creierului ori din ergonele citate, pot lua naștere produși psihotropi (de exemplu halucinogenele).

Perspectiva cibernetică în psihologie

În ultimii treizeci de ani, în neurologie, în psihologie și în psihiatrie și-au făcut loc punctele de vedere *cibernetic* și *informațional*. Pentru cibernetician (N. Wiener), funcționarea organismului, ca și a sistemului nervos central, poate fi studiată abstract cu ajutorul teoriei automatelor (bineînțeles, conceptul abstract de *automat* are altă semnificație decât cea din vorbirea curentă).

Creierul este conceput ca un sistem complex capabil de a emite și de a primi (codifica, traduce, decodifica) informații, de a prelucra după anumite legi informații *intrate*, de a le stoca memorial, de a produce automat “*ieșiri*”, care reprezintă anumite *funcții* logice, probabiliste, matematice etc. față de informația intrată. Teoria matematică a comunicației (Cl. Shannon) ne dă posibilitatea de a aprecia cantitativ fluxul de informație (unitatea cea mai răspândită pentru măsurarea “cantității de informație” fiind *bit-ul*).

Este de menționat faptul că cibernetica permite nu numai analizarea (și modelarea) unor funcții cognitive (intelectuale) ale omului, ci și modelarea vieții afective (C. Bălăceanu, Edm. Nicolau ș.a.). Considerații cibernetice sunt apte de a aduce lumină asupra patologiei nevrozelor și a psihozelor, pomind de la conceptul de *instabilitate* a sistemelor și de la analiza condițiilor în care un sistem cibernetic prezintă *oscilațiuni*.

Noțiunea de automat (în sens cibernetic) merită unele comentarii. Creierul este privit ca un automat *ierarhizat*. Ierarhizarea aceasta este înțeleasă în sens jacksonian (H. Jackson a arătat că viața neuro-psihică este structurată etajat, instanțele superioare controlând – prin inhibiție – instanțele inferioare; astfel, la lezarea unui nivel, apar

simptome de deficit – dar și simptome de *liberare* a nivelelor subiacente). Automatul este considerat a fi un automat *finit*, dar cu posibilități practic infinite de reacție (acest număr *imens* de posibilități este legat de numărul imens de asocieri, conectări, interacțiuni între miliardele de neuroni ai creierului). Funcționarea automatului ascultă de principii în parte riguros deterministe și în parte probabiliste. O schemă insuficient analizată este aceea a automatului “trans-finit”, capabil oricând să se depășească (virtual) (de exemplu, putem lua atitudine față de propria noastră atitudine etc.).

Atitudinea psihologilor față de concepția automatistă este din ce în ce mai puțin rezervată. Este ușor de văzut că *automatismele* sunt fundamentul activității neurologice și psihologice. Importantă este și distincția între suportul substanțial și energetic – mașina, unealta (*hard ware*), între programul de funcționare (*soft-ul*) și “modelul” funcționării (*fine ware*). Programul este traducerea, într-un “limbaj” accesibil mașinii, a șirului de comenzi (algoritm).

Interpretările cibernetice au evidențiat utilitatea (operațională) de a deosebi, printre aspectele sistemelor, cele *substanțiale* (“substanță” în sensul dat de chimiști acestui termen), de cele *energetice* (în sensul dat de fizicieni) acestui termen, de cele *informaționale*, legate de organizare (specifică). Ceasornicul clasic este un automat cinematic; locomotiva este o mașină energetică; ordinatorul electric este o mașină informațională programabilă. Aceleași interpretări au popularizat distincția terminologică “tehnică” între sisteme *analogice* (cu variații continue) și sisteme cu funcționare discretă. Conexiunile sinaptice sunt de tip mixt. Operațiile logicomatematice presupun un model “solidist” al creierului.

Automatul cerebral este un automat cu programare complexă și *autoadaptiv* (capabil de a-și modifica programele pe baza experienței acumulate). Cuvântul este mai mult decât un “excitant fiziologic real” (I.P. Pavlov); el poate actualiza programe și poate influența decizii. Scopurile psihoterapiei, al susținerii și autosusținerii morale sunt: 1) de a evita degradarea prin *simplificare* și prin inerție a automatismelor superioare; 2) de a le menține (sau restabili) virtualitatea unei opțiuni (sau decizii) subtile, în care ponderea cea mai mare să revină factorilor cu caracter de “valoare înaltă”.

În “științele informației” se operează nu numai cu cantitatea de informație (măsurată prin mijlocirea abolirii unor incertitudini), concept statistic, ci și cu alte mărimi statistic-probabiliste (entropie, redundanță) și cu alte *dimensiuni* ale informației (semantică, sintactică, pragmatică) (F. Klix). Mai mult, *legătura de tip informațional* este privită ca un tip de conexiune între sisteme organizate și interconectate (cum ar fi un post de radioemisie și un aparat de radiorecepție), conceptul de informație este “dezanthropomorfizat” (nu se identifică cu cel de “știre”), cazul comunicației și al cunoașterii umane este privit ca un caz specializat pe linia evoluției vieții biologice și psihice etc. Această direcție a fost urmată în medicina românească de către A. Restian (*Patologie informațională*, 1967; *Homo ciberneticus*, 1980) și de către V. Enăscu (1982).

O altă direcție care se autointitulează tot *informațională* se dezinteresează de ontologia *generală* a sistemelor, pornește de la înțelesurile umane ale “informației”, și de la triada “eu-tu-el” (Ed. Pamfil, St. Stoessel, D. Ogorescu).

Perspectiva psihoimunologică

Nașterea psihoimunologiei marchează, către mijlocul anilor '70 împlinirea naturală a numeroase studii clinice, epidemiologice și experimentale. Apărută în același timp din reflexiunea psihodinamică și progresele în domeniul cercetării biologice, psihoimunologia deschide o nouă perspectivă în interpretarea biosferei sociale a proceselor morbide.

Această disciplină ne oferă o serie de date care dau posibilitatea unei cunoașteri integrative și subtile de mare importanță în conceperea actuală a unei medicini psihosomatice cu prelungiri în medicina comportamentală. În acest sens, ea ia în seamă două aspecte fundamentale:

- raportul care se poate stabili între funcționarea sistemului nervos central, vicisitudinile vieții psihice, experiențele emoționale și

capacitatea sistemului imunitar de a combate agenții responsabili de boli infecțioase sau de a deveni ei înșiși agenți de auto-agresiune;

- relațiile care se pot constata dintre tulburările imunologice și etiopatogeneza anumitor afecțiuni somatice (neoplazii) și mentale.

Astfel, psihoimunologia face apel la o abordare și la un studiu interdisciplinar (Miller H.P. - *Psycho-immunology*. American Psychiatric Press, Washington D.C., 1989).

S-a observat un risc relativ crescut de boli infecțioase și de cancer printre subiecții care erau în doliu, care aveau o depresiune, la cei expuși la grade variate de stress sau la evenimente de viață. De asemenea răspunsul la tratament a cancerului pare a fi influențat de un anumit număr de variații psihologice și sociologice (Cohen, 1982, Levy, 1985).

Care sunt bazele neuro-biologice ale psihoimunologiei?

O serie de cercetări au arătat că sunt numeroase acțiuni de feed-back între SNC (sistemul nervos central), SE (sistemul endocrin) și SI (sistemul imunitar). Se atribuie o importanță majoră intervenției SNC și a SE la nivelul proceselor de imunomodulație și s-a demonstrat existența și de legături directe între SNC și sistemul limfatic, ceea ce, între altele, confirmă legitimitatea ipotezelor psihoimunologice (Andreoli, 1989).

În afară de acțiunea sa neuro-modulatoare, creierul produce un ansamblu de neuro-hormoni cu proprietăți imuno-reglatoare.

Fenomenele imunitare specifice și nespecifice sunt intricate la toate nivelurile: răspunsul adaptativ duce la producția de substanțe (anticorpi și limfokine), care cresc considerabil eficacitatea apărărilor nespecifice (fagocitoză etc.) în timp ce fenomenele de recuperare specifice sunt incluse în cadrul imunității adaptative.

Studii din ultimii ani, plecând de la acelea făcute de R. Ader (*Psychoneuroimmunology*, Academic Press, New-York, 1981), au arătat că răspunsul imunitar poate fi condiționat și că imunitatea poate fi considerată un proces adaptativ.

Investigația experimentală a raporturilor dintre stress și răspunsul imunitar a arătat că stressul antrenează un profil caracteristic al

funcționării imunitare, măsurate prin viteza de creștere tumorală, activitatea NK (natural Killer), stimularea limfocitară prin mitogene etc.

Stressurile de intensitate limitată și mai ales previzibile activează în genere răspunsul imunitar și din contră stressurile foarte intense și mai ales imprevizibile au efecte de inhibiție asupra funcționării limfocitare (Keller, 1983).

Am vorbit despre stress, dar trebuie să precizăm că actualmente se consideră că există două tipuri fundamentale de stress, reliefate de către Selye în 1973 și anume: distressul și eustressul.

În literatură se folosește (încă) termenul de stress cu înțeles de distress. Distress (de la prefixul grec "dys" = dezagreabil, nociv, rău, negativ, precum în termenii diskinezie, dispepsie, dispnee, displazie, distonie etc.).

Eustress, denumit astfel de Selye se deosebește net de distress atât din punct de vedere al agenților stressori (ex. trăiri psihice intense, ca tonalitatea afectivă pozitivă), cât și a consecințelor sale pentru organism care sunt în genere favorabile cu rol dinamizator asupra individualității și de sporire a valențelor vitale. Eustress (de la prefixul "eu" = agreabil, benefic, bun, pozitiv) precum euforie, eutrofie, euritmie, eutocie, eufemism etc.).

Acest termen (eustress) se poate referi la o solicitare, la un efort, la o strădanie; ex. solicitare cu satisfacția depășirii unui obstacol sau a unei situații; efort muscular intens - partidă de tenis sau înot, câștigarea unei competiții sportive; strădanie care duce la realizarea unei creații științifice sau artistice cu bucuria aferentă resimțită etc.

Așadar este vorba de un stress resimțit pozitiv, care stimulează și permite performanțe crescute și chiar dotat cu valoare curativă.

Expunerea la anumite tipuri de stress (nociv) - ca de pildă stressul de separație de mamă (angoasa de separație sau lipsa de simfonie mamă-copil) - sau prezența unor stări psihologice negative pot să dezorganizeze funcționarea imunitară și să apară o netă vulnerabilitate clinică la anumite boli.

La om acțiunea stresului duce la efecte imunitare asemănătoare celor găsite experimental la animal. Dar, la ființa umană se intercalează o gamă variată de stări emoționale, iar mecanismele neuro-

biologice permit SNC să moduleze răspunsurile adaptative și să joace un rol crucial asupra efectelor imunitare observate. În genere, aceste cercetări permit de a pune în evidență asocierile dintre factorii de stress (distress) psiho-social și diminuarea imunității. Evantaiul acestor factori este foarte larg: moartea tovarășului de viață, pierderea unei persoane dragi (pierderea unui "obiect" încărcat de o semnificație afectivă), angoasa subiecților premergătoare unor examene, starea dispozițională a acelora care stau în preajma sau (și) îngrijesc bolnavi suferind de boli incurabile etc.

Efectele imunitare ale acestor factori (evenimente de viață - Life change Events) par să fie în legătură cu natura, durata și intensitatea situației stessante.

Cercetări minuțioase au arătat influența divorțului, doliului, depresiei etc. asupra funcționării limfocitare, care se pot asocia cu o creștere a mortalității și a apariției cancerului și a infecțiilor.

Astfel, Etiope (*Elementi di psico-oncologia generale e ginecologice*, Piccin, Padova, 1989) menționează mai mult de 300 lucrări experimentale și observații asupra relațiilor dintre stress (distress) și cancer. Desigur, problema este complexă întrucât la om intervin o serie de factori: rolul personalității ca factor de risc, existența de stări stressante în istoria personală a pacienților suferind de cancer, influențe psiho-sociale asupra devenirii clinice a neoplaziilor.

S-a arătat existența unei corelații între evenimentele de viață stressante - cu răsunet defavorabil, incapacitatea de a reacționa în mod adecvat a personalității și riscul crescut de a dezvolta un cancer. La pacienții prezentând cancer cu diferite localizări s-a constatat o scădere foarte netă a capacității de expresie a emoțiilor (Antoni și Goodkin, 1988, Van Ploeg și colab., 1989).

Dar cum acționează stressul (distressul) asupra organismului nostru favorizând cancerogeneza?

Este posibil de a pune în evidență înlănțuirile care pot să se stabilească între o anumită trăire emoțională și o clonă celulară "dereglată"?

După cum arătam, intervin și caracteristicile personalității (profilul psihologic al individului), reacția și atitudinea față de boală,

sistemul social în care este inserat pacientul și care sunt tot atâția factori care pot influența mecanismele neuro-tumorale de reglare și modulație a răspunsului imunitar (A. Athanasiu).

De-a lungul ultimilor ani s-a scos în evidență faptul că structura aspectelor interpersonale, calitatea interacțiunilor sociale dintre membrii familiei sau la colectivului de muncă ar putea avea o acțiune tampon, capabilă de a atenua efectele evenimentelor stressante (negative) și a modula răspunsurile individuale față de aceste evenimente (Henry). În acest sens s-a sugerat că "social support system" (Bloom) ar putea avea o certă importanță ca factor de mediere a raporturilor dintre stress (distress) și boală.

Astfel, s-a efectuat un studiu de urmărire (18 luni) la un grup de pacienți care prezentau cancer cu diferite localizări.

S-a observat o supraviețuire semnificativ mai lungă la subiecții mai puțin stressați emoțional (în sens negativ), cu o capacitate de reacție "tonică" la boală și care puteau conta pe suportul unor persoane în care ei aveau încredere. Multe alte studii efectuate asupra femeilor cu adenocarcinom al sânului au arătat că acelea dintre ele care au manifestat după mastectomie o reacție afectivă de optimism și o atitudine de "negație" a bolii și "spirit de luptă", au prezentat o mai bună evoluție și o supraviețuire crescută - controlate după 5 ani; și aceasta în raport cu pacientele care au "răspuns" prin acceptare stoică sau disperare - inerție (Greer și colab., 1979, Morris și colab., 1981, Funch și Marshall, 1983 ș.a.).

Faptul că și viteza de creștere a neoplaziilor este influențată de sistemul de apărare și funcționare a sistemului imunitar, care poate fi perturbat prin modificările echilibrului psihologic și prin experiențele emoționale, este actualmente lucru admis.

Dacă este adevărat că stressul (distressul) - poate în mod direct sau indirect - să modifice mecanismele de control imunitar, putem admite că factori desfășurând o influență pozitivă asupra echilibrării și restructurării vieții emoționale, suscitând speranța, sporind încrederea sau mobilizând resursele personale ale celor suferinzi sau expuși, sunt în măsură să îmbunătățească modalitățile de reacție și de rezistență a

organismului față de boală (Gordon și colab., 1980, Biondi și Grassi, 1984, Raunbault, 1986).

Așa încât tentativa de a atribui intervenției (nu numai medicului și psihologului), de a corecta o "trajectorie defectuoasă" a comportamentului de viață a individului, nu poate fi considerată absurdă sau teoretic nefondată, deși ea este încă puțin realizată.

Este vorba aici de două aspecte: realizarea unei conduite antistress (nociv) și o cultivare a stressului benefic (eustress).

În ceea ce privește conduita antistress, am cita dobândirea unei rezistențe față de solicitări printr-un veritabil antrenament, ca și o indiferență față de circumstanțele stressante defavorabile, preponderent emoționale, o creștere a abilității de a se relaxa, o educație în restructurarea unui anume comportament.

Iar ca favorizare a eustressului, am menționa cultivarea de stări dispoziționale tonifiante, de stimulare vitală, care permit o satisfacție superioară și performanțe crescute, cu sentiment de împlinire și cu valențe benefice (curative) pentru individ.

Aici ar intra, între altele, râsul (rășoterapia) și muzica bună. Râsul lucrează prin componenta psihică "mărind energia vitală prin stimulare mentală". Amintim că Lessing a întrevăzut rolul râsului în profilaxia morală.

O anumită muzică (respectiv, muzicoterapia), așa cum subliniam în altă parte, are ca principal obiectiv de a diminua anxietatea, de a înlătura inhibițiile, de a tonifica, de a ajuta la reorganizarea vieții interioare, de a restabili sau ameliora comunicarea etc.

Și așa cum se desprinde din cercetările neurofizilogice și psihofizilogice făcute la Institutul de la Salzburg (Von Karajan) muzica ar putea crește rezistența ființei umane la dificultăți și boală.

În concluzie, ar reieși - precum nota Selye - că cei care recomandă metode de a evita orice fel de stress, nu au înțeles bine principiul: "A evita stressul", spune el: "Stressul este sarea vieții". Ne trebuie stressul, dar în anumite limite și în speță, stressul benefic (eustressul) sau cum se exprimă metaforic, cu o extraordinară intuiție, Tudor Arghezi: "să deșteptăm suferința plăcută a omului".

Perspectiva cronopsihologică

Noțiunea de *ritmuri biologice* este binecunoscută; ea face parte din experiența obișnuită a fiecăruia. De exemplu, ritmul care se prezintă cel mai evident este acela al alternanței de veghe și somn, în cursul zilei de 24 de ore. Este un *ritm circadian*, adică o perioadă în jur de 24 de ore. Femeile au experiența unui ritm biologic cu o perioadă mai lungă (în jur de o lună), acela al ciclului menstrual (ritm infradian).

Cronobiologia este studiul cantitativ al bioritmurilor, adică variațiile biologice previzibile, ca fiind componente ale unei structuri temporale universale.

Dar este o dimensiune care nu a fost până în prezent decât puțin explorată: influența pe care o exercită ritmurile biologice asupra organizării psihologice a individului. Și se poate ilustra această influență în mai multe feluri, ca de exemplu:

- relația existentă între anumite tablouri psihopatologice și alterările ritmurilor biologice;
- corelațiile dintre ritmurile biologice și ritmurile psihologice, ceea ce permite a defini cronopsihologia, precum a fost definită cronobiologia, cu circa 25 de ani înainte.

Așa încât, ceea ce am dori este de a atrage atenția asupra existenței acestor *ritmuri psihologice*, care au o infrastructură biologică, dar care au de asemenea aspecte psihologice, depinzând de condițiile socio-culturale ale existenței noastre.

Așadar, este important de a vedea din perspectivă cronopsihologică "cum datele biologice trebuie să fie reinterpretate în lumina datelor psihologice, adică ceea ce oamenii fac și nu numai ceea ce resimt". (P. Fraisse).

Comportamentele noastre, obiect de studiu al psihologiei, sunt strâns dependente de organizarea noastră biologică, deci de ritmurile noastre biologice: orice alterare a acestor ritmicități, fie că ține de cauze interne (tulburări neurofizilogice) sau externe (activitatea în ture, de exemplu), are numeroase și, adesea, dramatice consecințe asupra echilibrului nostru psihologic.

Pentru a înțelege această relație este suficient a aminti faptul bine cunoscut al dezorganizărilor temporale provocate de zborurile transmeridiane. Se știe că zborurile comportând depășirea a cel puțin 5 fusuri orare sunt urmate de o "desincronizare" a ritmurilor (esențial ritmuri circadiene). Astfel, după un zbor Paris-New York, schimbarea de fază este în jur de 5 ore; ritmurile circadiene vor fi desincronizate, până în momentul când, sub influența sincronizatorilor socio-ecologici, subiectul se va resincroniza și se va adapta. Reinberg (1971) a arătat că durata necesară acestei resincronizări variază de la un subiect la altul pentru o aceeași funcție fiziologică, și că ea variază la un același subiect de la o funcție psihofiziologică la alta: astfel, vor trebui 1-3 zile pentru a resincroniza ritmul veghe-somn, în jur de 1 săptămână pentru ritmul temperaturii centrale, în jur de 3 săptămâni pentru ritmurile endocrine și că aceasta variază, în sfârșit, restabilindu-se după direcția zborului; ea este mai scurtă pentru un zbor de la est către vest, față de un zbor de la vest către est.

Dacă analiza exhaustivă a fenomenelor de sincronizare pune implicit problema probabilității originii endogene a ritmurilor biologice, în cronopsihologie se pune de asemenea problema foarte complexă a sincronizatorilor socio-culturali.

Vom prezenta mai întâi câteva *exemple sugestive de tulburări psihopatologice*, la care perturbări asociate ale structurilor temporale au putut fi observate și în domeniul patologiei neonatale (prematunitate), variațiilor circadiene ale emoțiilor și din domeniul patologiei mentale (timopatii).

La ora actuală, 5-7% din nașteri sunt anterioare termenului normal, iar copiii prematuri prezintă la naștere întârzieri în organizarea ritmurilor lor circadiene.

Pentru mulți autori, la prematuri există un risc mai mare de "dezordine cerebrală a-minima", pus în evidență cel mai adesea în momentul școlarității. În aceste sens, s-a descris un "sindrom al fostului prematur", care ar consta (după Berges și Lezine) dintr-un "ansamblu de tulburări, care se observă în afara oricărei leziuni neurologice și a oricărui deficit intelectual, o simptomatologie psihomotorie, traducând astfel un defect de elaborare mentală și de simbolizare".

Când aceste tulburări apar precoce, ele iau forma anorexiei, tulburărilor de somn, tulburărilor de comportament, mai ales instabilitatea motrice. Când aceste tulburări se manifestă mai tardiv, ele traduc o rea organizare a schemei corporale și dificultăți ale controlului emoțional. Aceste constatări au dus la introducerea de veritabile programe de amenajare a ambianței prematurului, cu scopul de a ușura ritmurile sale biologice, prin efectul stimulărilor senzoriale, în special în sfera tactilo-vestibulo-kinestezică.

Vom discuta acum despre *variațiile circadiene ale emoțiilor*.

Motivate de circumstanțe deosebite, anumite manifestări ale emoțiilor sunt susceptibile de a varia în cursul nictemerului, atestând existența de momente orare de "mai mică rezistență". Variațiile, care apar la un stress exteroceptiv, la o agresiune dureroasă sau la o situație tensională psihoactivă, se pot înscrie ca atare în câmpul cronobiologic al fluctuațiilor circadiene ale reactivității emoționale.

Semnificația psihosomatică a ulcerului gastric constituie referința istorică cea mai clasică a patologiei cerebroviscerale.

La om, periodicitatea ulceroasă pare să înregistreze nu numai regimul jurnalier al ingestiilor alimentare, dar și fluctuațiile reactivității emoționale primare.

De asemenea, instabilitatea tensiunii arteriale, urmată de hipertensiune, s-ar înscrie și fluctuațiile timice, legate de agresivitatea latentă, clasic percepută în "psihograma" hipertensivului.

Furtunile vasomotorii în domeniul circulației coronariene ar rezulta dintr-un ansamblu momentan de factori biochimici, neurovegetativi și psihoactivi, ale căror oscilații pot să se suprapună unui moment nictemeral determinat.

Evocarea acestor convergențe temporale se vedește mai demonstrativ atunci când fenomenele psihosomatice participă mai direct la anumite idiosincrazii.

Apariția manifestărilor dermatologice pare să răspundă unei conjugări orare privilegiate dintre o stare metabolică particulară a ciclului sensibilității umorale și o anumită stare momentană a reactivității emoționale bazale.

În această perspectivă cerebroviscerală variațiile nictemurale ale crizelor dispneice ale astmaticilor constituie veritabile *ritmuri psihobiologice* (A. Reinberg, 1991). Există o relație temporală precisă între paroxisme nocturne ale astmului și nivelul minimal al corticosteroidilor.

Afecțiunile ginecologice și momentele de intoleranță sexuală sau anumite dureri reumatice sunt ritmate de cicluri endocrine, fiind tributare în același timp fluctuațiilor angoasei.

În ceea ce privește *timopatiile* și *ritmurile circadiene*, mai mulți autori au emis ipoteza unei anomalii a antrenării sau a sincronizării ritmurilor circadiene în depresiile endogene uni- sau bipolare și, în special, în psihoza maniaco-depresivă (Benoit, 1984). Dificultățile de adormire, trezirile repetate în timpul nopții și o trezire matinală mai mult sau mai puțin precoce (*pool*/matinal al angoasei, P. Janet) sunt asociate cu tulburări ale vigilenței, manifestându-se prin perioade diurne de somnolență, modificând considerabil structura somnului.

Așadar, ceea ce este important din punct de vedere cronopsihologic este faptul că o serie de cercetări arată periodicitatea circadiană a activității chimice a neuroreceptorilor.

În ceea ce privește *cronopsihologia și psihologia educației*, toată lumea, părinți și învățători, este de acord să recunoască că un copil nu poate să rămână "în formă" 24 de ore din 24.

În aceste sens, s-a studiat corelația care există între întârzierea mentală școlară și durata acordată somnului, care pare să reprezinte o bună evaluare a duratei somnului efectiv. A reieșit că printre copiii care dorm mai puțin de 8 ore, 61% prezintă o întârziere mentală de cel puțin 1 an, nici unul nefiind în avans. Printre copiii care dorm mai mult de 10 ore, doar 13% prezintă o întârziere și 11% erau în avans cu cel puțin 1 an (Pouziliac). Nu este vorba, evident, decât de o simplă corelație și nu se poate conchide că ar fi vorba de o legătură cauzală. Și în timpul școlarității, una din cauzele principale ale acestor perturbări în ritmul de veghe-somn este, desigur, o culcare prea tardivă pentru o trezire necesar programată, culcare întârziată pentru vizionarea - uneori integrală - a programelor de televiziune, acest fapt având, mai ales, repercusiuni negative la copii ziși "mari somnoroși".

La copiii cu durată mai redusă a somnului s-au constatat, de asemenea, comportamente școlare pasive (ca, de exemplu, balansarea picioarelor), ca și comportamente considerate ca parazitând învățarea (se ridică, se deplasează, iar se așează).

Referitor la acest ultim punct, apar - într-adevăr - la analiza ritmurilor circadiene, importante diferențe interindividuale, fiind evident faptul că anumite bioritmuri sunt legate de profilul personalității (tabelul I).

PROBE PSIHOLOGICE pentru determinarea ritmurilor psihologice circadiene (după P. Leconte, 1988)

Probe de vigilență	Probe de memorizare	Probe de activități intelectuale complexe
(probe sensoromotrice, probe de baraj sau de supraveghere)	(tratare elaborată a informației)	(raționament logic, probleme aritmetice, silogisme etc.)

Luete în ansamblu, aceste rezultate permit să se conchidă:

- introvertiții au dimineața un mai mare grad de trezire decât extravertiții;

- la cele 2 tipuri psihologice, eficiența progresează de-a lungul zilei, dar, la sfârșitul zilei, eficiența extravertiților atinge un grad mai mare decât cea a introvertiților, chiar dacă aceștia din urmă se găsesc în cea mai bună formă a lor, adică dimineața (fig. 1 și 2).

Punerea în evidență a variațiilor periodice jurnaliere (hebdomadare) în activitatea psihologică a copilului permite a avea o serie de îndreptături, susceptibile să ușureze organizarea temporală, cât mai valabilă, a activității și a predării învățământului la școlari. În acest sens ar trebui luate în seamă și orarele școlare, fiind de subliniat:

- există ritmuri hebdomadare, prima și ultima zi a săptămânii de activitate fiind de cea mai mică receptivitate;

- școlarii au o atenție mai redusă în prima oră a dimineții și la începutul după-amiezii; ar fi de dorit deci să se pună în aceste perioade activități fizice, artistice, tehnice, și nu activități intelectuale (Testu, 1979).

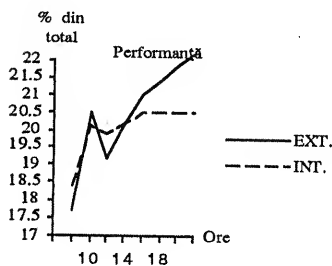
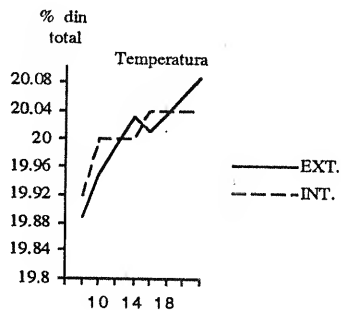


Fig. 1 - Evoluția temperaturii (A) și a performanței la probă de baraj (B) la subiecții introverți (INT.) și extroverți (EXT.) (după Blake, 1971)

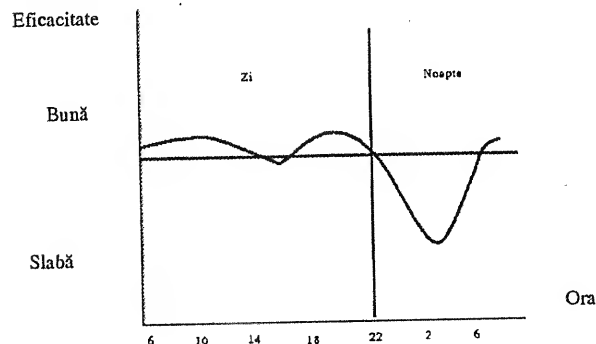


Fig. 2 - Evoluția circadiană a capacității de a se apuca de lucru, măsurată prin eficacitatea ei (după Blake, 1971)

Aportul cronopsihologiei la medicina muncii. Timpul de lucru, perioada de viață, dar și sistemul de organizare impus muncitorului sau ales de el însuși, constituie unul din domeniile de studiu al cronopsihologiei, în măsura în care aceasta din urmă integrează dimensiunea temporală în demersul său descriptiv și explicativ. Repartiția activității profesionale în perioade, permițând de acoperirea celor 24 de ore ale unei zile, permite desigur scurtarea perioadei de amortizare a materialului și a mașinilor, dar nu antrenează în mod necesar o creștere a rentabilității și a productivității.

Într-adevăr, eficacitatea celui care lucrează variază în cursul zilei și al muncii în ture și dereglarea modului de viață se întovărășește de efecte nocive asupra sănătății fizice, eficienței și a vieții sociale a indivizilor.

Dacă este indispensabil ca odată cu vârsta omul să-și restrângă activitatea, să se retragă din profesie, este nu mai puțin indispensabil ca această retragere să nu fie resimțită ca un sfârșit al vieții; de unde,

importanța măsurilor sociale (și, bineînțeles, a opțiunilor personale), permițând pensionarului să se consacre unor activități, care să-i permită să-și păstreze cât mai mult posibil ritmicitățile psihologice.

Perspectiva informațională

Perspectiva informațională a fost adâncită, în patologie, pornind de la diferitele înțelesuri ale "informației". Pe linia care a fost definită cantitatea de informație de către Shannon (și entropia informațională), s-a accentuat asupra "șocului" produs de surpriză, de noutate, de complexitatea stimulilor, ca și asupra capacității limitate de transmitere a canalelor și de decodificare și prelucrare a instinctelor de recepție.

A. Restian și Popp au descris (1969) un sindrom de *agresiune informațională* manifestat prin oboseală, anxietate, iritabilitate și insomnie. De fapt, funcționarea optimală a sistemului nervos cere o cantitate optimală de informație. Informația excesivă este anxiogenă, redundanța excesivă (subsolicitarea) duce de asemenea la oboseală, dar cu depresiune psihică și somnolență. Cantitatea optimală de informație ar putea fi numită *cundanță* (Pamfil și Ogodescu, 1974).

În lucrări recente, Restian a deosebit *semnalele* de *informația* pe care o poartă, referitoare la starea sursei emițătoare. Procesul de descoperire și evaluare a parametrilor sursei se face, în sistemul nervos, printr-o *superizare*, grație unor circuite care emit un semnal de ordin superior atunci când se recepționează o anume combinație de semnale de intrare. Reglajul cel mai eficace fiind cel anticipativ (*feed before*), organismul dispune de prelucrări probabiliste ale conexiunilor dintre fenomene (logică polivalentă). O suprasolicitare informațională face ca procesele de anticipare, de evaluare a informațiilor și de alegere a deciziilor să fie tulburate. Expresia biochimică la nivel central este concentrația catecolaminelor. O anumită concentrație este condiția, dar și efectul unei bune prelucrări informaționale.

Perspectiva informațională conectează patologia bolilor psihice, psihosomatice, metabolice, infecțioase, imunitare, alergice, ca și îmbătrânirea și cancerul, într-un grup unitar. Aspectul informațional (la baza reglajelor cibernetice) permite sistemelor biologice să prevină sau să corecteze tulburări determinate de influențe substanțiale și energetice, dar totodată le face dependente de eventuale influențe negative ale unor cantități mici de substanță și energie (semnalele). În marea majoritate a bolilor *umane* sunt implicate tulburări ale informației. Dar interesante sunt perturbările proceselor de superizare. Dacă ele sunt afectate la nivelul cel mai jos, individul nu va putea recunoaște sursele semnalelor (agnozii). La niveluri mai ridicate, ele fac dificilă alegerea unei decizii (anxietate, nevroză). Formația reticulată lucrează cu semnale elementare; ea activează formațiile superioare pentru prelucrarea semnalelor de ordin superior - însă o hiperactivitate a ei se poate repercuta asupra centrilor vegetativi și organelor interne (*stress*). Dacă semnalele mai puțin caracteristice sunt dirijate spre același semnal superior, vom recunoaște aceleași stări în semnale diferite - ca în paranoia.

Filtrarea și superizarea informației din semnalele endogene are o mare importanță în răsunetul psihologic al multor boli organice.

Astfel se prezintă modelul informațional al lui V. Enătescu (1982). El distinge nivelurile: biofizic, biochimic, neuronal-sinaptic, circuite neuronale, rețele neuronale, noogen, al operațiilor logice nereflectate, filtrul verbalizării și al reprezentărilor figurative specifice socializării și nivelul gândirii logice reflectate. Nivelul neuronal sinaptic este abordat de fiziologie; nivelurile 4-5 sunt de domeniul predilect al neurociberneticii.

Perspectiva etologică

Etologia privește dintr-un nou punct de vedere lumea comportamentelor ereditare ("înnăscută"), lumea instinctelor. Pentru animalele superioare această lume este legată de câteva domenii de activitate, servind interesele individului și ale speciei: procurarea hranei, evitarea

primejdiilor (mai ales a animalelor periculoase), cucerirea și apărarea unui teritoriu, sexualitatea și grija pentru progenitură, comunicarea intraspecifică, asocierile interindividuale, jocul, comportamentul social (cu stabilirea și restabilirea unor ranguri de ierarhie), învățarea (obșnuirea, dresajul), comportamentul "moral-analog". În câteva dintre domeniile menționate se manifestă reacții de fugă, agresivitate (Lorenz), ritualizare, dar și de "tandrețe" (Eibl-Eibesfeldt). Resorturile organismice ale comportamentului sunt endogene (nervoase și hormonale), dar "declanșarea" reacțiilor este determinată de stimuli exteriori specifici (sau specificizați prin experiența individuală).

Transferul de observații zoo-etologice în psihologia și clinica umană nu este lipsit de interes. Se caută "rădăcinile" zoologice ale unor fenomene normale (nu numai fiziologice, ci și culturale), ca și ale unor manifestări anormale. La animale, activarea unui domeniu funcțional exclude actualizarea altora; la om, aceste domenii se intersectează. În psihoze (Ploog), ierarhia consonanțelor situaționale se destramă, unele elemente suferă o disoluție, domină altele - și "ies la suprafață" reacții preformate, stereotipii motrice, reacții primitive (în sens zoologic: de exemplu, comportamentul social uman este înlocuit cu comportamente de tip zoo-social). Frica, fuga, agresiunea fac parte dintre acestea. Neliniștea motorie, atât de evidentă în menajerii, seamănă cu agitațiile unor bolnavi. Mecanismele de integrare și cele inhibitorii sunt cele mai fragile. La oameni, ca și la animale, se pot produce nevroze prin conflict între apetență și aversiune, prin inadaptarea la "nou", prin limitarea libertății de mișcare, printr-un "vid" de preocupări de direcționare. La primat, ca și la om, dezvoltarea personalității este subminată prin separarea puiului de mamă, cu consecințe asupra vieții sexuale și afective. Fazele de mare fragilitate sunt cele legate de restructurări hormonale (pubertate, sarcină, ab lactare, climateriu). Lorenz, Zweig (1959) au descris *regresiuni* spre faze ontogenetice timpurii (de exemplu, spre fazele infantile de negativism, sau spre faza anală ori chiar spre cea orală) în situații nevrotizante și chiar în urma unor traumatisme moral-analoage (de pildă, câinele care și-a mușcat, din greșeală, stăpânul pe care-l iubește) sau în urma retragerii afecțiunii (Zweig, 1959). S-a vorbit și

despre o "ontogeneză" a ritualizării (Erikson, 1968). Obșnuința nu poate fi încălcată fără tulburări consecutive nici la animale - dând manifestări similare cu nevroza compulsivă (F. Rauh), cu actele magice sau superstițioase (Thorpe, 1968). La om, formele nevrotice sunt favorizate de situația sa de animal "autodomesticit", de aglomerările de populație, de similitudinea între orașele "moderne" și parcurile zoologice (D. Morris), de lipsa unor canale de eliberare pozitivă a agresivității prin mișcare (la popoarele "primitive" există mai multe posibilități - prin jocuri, dans, cântec, competiții sportive amicale etc.).

E. Fromm a arătat că "anatomia agresiunii" cuprinde nu numai o componentă zoologică, ci și una specific umană. Deci, am spune că, alături de "bestialitate", există - din plin - și "răutate".

Valorificări necesare

Elaborarea unei psihologii comprehensive a medicinei impune asimilarea critică și valorificarea a tot ceea ce este pozitiv din materialul faptic și teoretic cules cu cele mai variate ocazii (de la materialul științific până la cel literar) și interpretat altădată de pe cele mai variate poziții. În cele ce urmează, vom expune câteva din principiile care ne-au călăuzit în această valorificare critică.

Un postulat de bază este acela după care orice fenomen psihic poate fi influențat prin mijlocirea creierului, cu mijloacele neadecvate, mai grosolane (producătoare de leziuni macroscopice) sau mai fine (de exemplu, farmacologice) ori cu mijloace adecvate de tip informațional (cuvântul, de pildă). Deși acordăm mare importanță influențelor "de jos în sus", de la metabolism la funcție și de la structură cerebrală la manifestare psihică (așadar, influențe somatopsihice), o bună parte dintre considerațiile noastre se vor referi la psihogenie și la sociogenie. Răsunetul somatic al condițiilor economico-sociale este mediat, în parte, de către psihic, iar răsunetul psihic al bolilor somatice este influențat de către ambianța culturală*.

* Importanța datelor de antropologie culturală pentru psihiatrie a fost cercetată, la noi, de către N. Cotreanu.

Recunoaştem utilitatea (limitată, desigur) a unor analogii şi modele, cum ar fi modelul "stratificat" (oarecum geologic) al persoanei umane (care deosebeşte inconştient şi conştient etc.), modelul "edificiului" persoanei umane (oarecum arhitectural, deosebind etaje şi trepte), modelul cibernetic etc. Orice modelare este o simplificare şi o aproximare.

Vom vorbi (conştienţi de nerigurozităţile exprimării) despre interacţiunea psihofizică sau psihosomatică, deşi ea sugerează o viziune dualistă (care nu este viziunea noastră - declarat şi consecvent monistă)*.

Suntem conştienţi de primejdia tentativelor de a forţa suprapunerii de termeni şi noţiuni din sectoare diferite, dar corespondente. (De exemplu, ni se pare inexact să admitem echivalenţa între "cortical", "psihic", "reflex-condiţionat", sau între "subconştient" şi "diencefalic".

Ni s-a părut necesar să operăm cu concepte, "explicaţii", interpretări - nu numai cauzele. Caracterul "inteligibil" ("verständlich") al relaţiilor intrapsihice sau psiho-comportamentale, caracterul finalist (motivată) al actelor de comportament, rolul esenţial pe care-l joacă simbolismul în cadrul vieţii psihice - nu pot fi trecute cu vederea. Lăsând pe seama filozofiei şi psihologiei precizarea semnificaţiilor acestor concepte şi analize, subliniem valoarea deosebită pe care o are interpretarea omenească, "hermeneutica" actelor şi atitudinilor (Deutung) pentru psihologia utilă medicinei. Dar - aşa cum am mai menţionat - explicarea cauzală (Erklärung) ne este necesară pentru dominarea şi profilaxia unor fenomene psihopatologice.

Ştiinţele (inclusiv psihopatologia! - K. Jaspers) sunt ştiinţe ale generalului (aşa cum a stabilit sau a decretat Aristotel). Medicina practică însă se ocupă de singular, de individual. Medicina ştiinţifică nu numai că nu poate ignora particularităţile individuale ale bolnavului, dar furnizează argumente în favoarea importanţei reale a diferenţelor individuale şi cele mai preţioase date pentru edificarea

* În esenţă, această interacţiune poate fi privită ca o interacţiune de la parte la întreg sau de la o parte (cu fuziune subiective) la altă parte.

unei ştiinţe despre individ ("idiografică"). Aspectele strict individuale au uneori un interes considerabil în psihologia medicală. Biografia personală este o cale necesară pentru înţelegerea prezentului. Biografia personală - pentru un medico-psiholog - nu se reduce însă la succesiunea antecedentelor fiziologice şi patologice. S-a vorbit (Delay) despre "fişa biopatografică" şi despre "fişa psihosomatică".

Psihologia care ne este necesară pentru scopurile curente ale medicinei nu este (cum spuneam) psihologia funcţiilor psihice considerate impersonal, ci o psihologie a persoanei.

De la ideea utilităţii psihologiei pentru diagnostic se poate ajunge la prejudecata după care scopul cercetărilor de psihologie utilă medicinei trebuie să fie diagnosticul. Esenţialul este însă analiza, înţelegerea, explicaţia, susţinerea tratamentului - şi trebuie să veghem ca diagnosticul să nu devină un obstacol în calea înţelegerii. La baza investigaţiilor de psihologie medicală, de psihologie a medicinei şi de psihopatologie trebuie să stea dorinţa de a cunoaşte viaţa psihică reală, concretă, pomind de la conduită, de la expresia limbajului etc. şi nu de a pune etichete în spirit utilitarist îngust.

Dimensiunile psihologice ale omului bolnav (II)

Obiect și persoană

Pentru situarea clară a problematicii persoanei, o însemnătate deosebită au avut-o lucrările filosofice și psihologice ale lui W. Stern (dintre 1924–1926), autor care “a ajuns la filosofie prin psihologie, revenind la psihologie din filosofie” (N. Mărgineanu). Psihologia sa “personalistă” pornește de la distincția (și chiar de la opoziția) dintre *obiect* (lucru) și *persoană*. Persoana este, la rândul ei, caracterizată plecând de la premise biologice. Această fundamentare biologică a viziunii “personaliste” este foarte interesantă pentru medicină. Ea l-a influențat pe Th. Brugsh, promotor al unei variante valoroase a “medicinii persoanei” și coautor al unui vast tratat de *biologie a persoanei*.

Viața e unitate în multiplicitate; spre deosebire însă de unitatea obiectelor, unitatea vieții nu este derivată din părți. Actele vieții au o «finalitate», un caracter teleonomic (acest termen a înlocuit, relativ recent, cuvântul “teleologic”), în timp ce manifestările obiectelor se înțeleg mecanic prin simple explicații cauzale. Corespunzător, actele psihice au și ele un caracter teleonomic, dar ele presupun o dispoziție: dispoziția de *conservare* și cea de *dezvoltare* a persoanei. Memoria nu trebuie privită numai ca o aptitudine de înmagazinare a reprezentărilor, ci mai ales ca o aptitudine de conservare a experienței trecute, cu scopul de a servi experiența nouă. Acest proces – ca și alte acte psihice – sunt numai parțial psihice, ele fiind în mare măsură și fiziologice: psihicul și fiziologicul sunt, de fapt, două aspecte organic contopite. Viața este întotdeauna viața unui individ, manifestarea unui

eu care “trăiește fenomene, execută acte și posedă dispoziții”, manifestarea unei *persoane* luate ca unitate psihofiziologică. Persoana umană este – după W. Stern: a) existență (unitate în multiplicitate); b) activitate (cauzalitate imanentă), care apare în forma unei finalități; c) specificitate (individualitate, originalitate).

Scopul “lucrurilor” este dat (impus) din afară, atribuit de persoana umană (care le întrebuițează, le construiește etc.) (heterotelie); persoana are un scop în ea însăși (este autotelică). Totuși, persoana nu urmărește numai scopuri proprii, privitoare adică la propria existență, ci și scopuri *suprapersonale* (în legătură cu semenii săi) și *abstracte* (idealuri). Persoana devine astfel un *sistem de scopuri*.

Persoana ca realitate este *activă* în raport cu mediul ambiant. În ce privește reacțiunile la excitațiile de mediu, între cauză și efect se interpoane persoana (ca unitate “autotelică”), ceea ce face imposibilă echivalența de forță dintre cauză și efect. Ponderea importantă în producerea reacțiunii o are persoana (recte, tendințele sale vitale) și nu mediul. În afară de reacțiuni, persoana manifestă și acte “spontane” (consecutive unei excitații interioare – acte *autocinetice*, după Vendryès). Orice manifestare a persoanei lasă urme – nu neapărat în mediu, dar în persoana însăși: există excitații *mnemice* (de memorie) și există *plasticitate*.

Psihologia personalistă privește conștiința ca pe un produs al unui “conflict” dintre persoană și lume. Subiectul și obiectul se oglindesc în conștiință întrucât oglindirea aceasta este premisa aplanării acestui conflict. Oglindirea este egocentrică și tinde să fie de folos persoanei. Ea este, de obicei, *obiectivă*, în măsura în care obiectivitatea este utilă; de multe ori ea este puternic *subiectivă* tocmai pentru că numai în acest fel poate fi aplanat conflictul respectiv. De modul în care “imaginația poate pansa rănilor făcute de realitate” (W. Stekel) s-a ocupat psihanaliza. Reflectarea subiectivă deformatoare caracterizează *autismul*.

Inconștientul în structura persoanei

Conceptiile moderne privind persoana umană sunt profund influențate de către *psihologia inconștientului*. De fapt, problema

vieții inconștiente este o problemă modernă (am zice, contemporană). Secolul al XIX-lea a fost dominat de o psihologie simplistă, asociaționistă, a ideilor clare și distincte. Au trebuit decenii de propagare a noilor concepții pentru ca sensul cuvântului "inconștient" să înceteze de a mai fi un sens peiorativ, să se înțeleagă că faptele sufletești inconștiente nu sunt numai apanajul structurilor patologice (cum ar fi disocierea personalității sau somnambulismul).

În psihologia științifică, inconștientul este legat de mai multe categorii de fapte: obișnuință și automatisme psihologice, viață afectivă, funcționarea organelor propriului corp (inconștientul funcțional), procese de tipul imaginației creatoare sau al inspirației (inconștient dinamic).

Nu vom intra în expunerea teoriilor despre "natura" inconștientului; menționăm numai că în inconștient s-a văzut – cu un temei dicutabil – izvorul de energie al vieții mentale, "acumulatorul" elementelor sufletești (care asigură, prin aceasta, identitatea eu-lui și unitatea conștiinței), viața tendințelor instinctive animalice, tendințele motrice, "universalitatea" ce cuprinde întreaga natură (Ed. von Hartmann) sau numai ancestralitatea umană (Freud, C. G. Jung).

O importanță heuristică deosebită pentru problemele psihologice utile medicinei o au concepțiile lui Pierre Janet și ale lui S. Freud, dezvoltate timp de decenii, aproximativ în aceeași perioadă de timp (în primele decenii ale secolului nostru).

P. Janet a încercat să schițeze o viziune evolutivă (filogenetică și istorică în sens restrâns) asupra vieții sufletești. Viața se transformă îmbogățindu-se, dar elementul vechi nu este eliminat, ci integrat și subordonat. Inconștientul funcțional și cel afectiv sunt "efecte ale experienței ancestrale" în timp ce automatismele sunt, în primul rând, efecte ale experienței individuale. Conștiința este expresia tendinței de progres a vieții sufletești, rolul ei fiind adaptarea la nouitate și la contrast. Inconștientul este expresia tendințelor conservatoare, menite să repete acțiunile utile, ușoare, standardizate. Automatismele sunt "orbe" și, de aceea, inconștientul are un caracter inactual și adesea dezadaptat, pentru care motiv este și reprimat. Specificul activității inconștiente ar fi impulsivitatea. Conștientul este o funcție recentă și,

din acest motiv, este mai fragil. Oboseala, alcoolul, unele boli etc. deprimă tensiunea psihică și face să scadă activitățile ei unificatoare. Pentru P. Janet, conștiința este o sinteză activă a elementelor psihice într-o individualitate, iar "tensiunea" este ceea ce asigură eficiența forței psihice.

Slăbirea activității unificatoare duce la *emanciparea* unora dintre elementele psihice, de asemenea la insuficiența funcțiilor critice și a celor care presupun acțiuni noi (începutul și sfârșitul unei acțiuni etc.). *Căderea aceasta de nivel* explică – după Janet – nevrozele și unele psihoze: de exemplu, isteria alterează toate achizițiile superioare (ulterioare) "fazei pitiatice" (apărând – sau apărând din nou – sugestibilitatea atât de caracteristică).

Pentru S. Freud și pentru psihanaliză, conștiința exercită o severă *cenzură* asupra tendințelor fundamentale ale individului. Aceste *pulsuni* de bază sunt instinctuale; în primele lucrări ale acestuia, accentul a fost pus pe tendința la plăcere, la gratificație, identificată cu *libido sexualis* până la viziunea unui "*pansexualism*". Sexualitatea, la început *difuză*, nu trebuie confundată cu *genitalitatea*, care este localizată anatomic; genitalitatea ar fi numai faza matură a *libido*-ului. Ulterior, Freud a speculat asupra a două pulsuni fundamentale: instinctul vieții (*libido*) și instinctul morții*.

Instanțele conștientului pot exercita o inhibiție (reprimare, refulare) asupra tendințelor bazale. Ceea ce nu ajunge în conștient este "oprit" în preconștient sau în inconștientul propriu-zis. Pe scurt, "aparatul mintal" poate fi sistematizat în modul următor (Freud, 1923): de o parte se găsesc forțele instinctuale înăscute (*Id*, *Es*, *le ça*, *Sinele*), iar de altă parte (și în opoziție cu ele), o instanță care încorporează atitudinile sociale determinate de parametrii culturali (*super-ego*, *le sur-moi*, *supraeul*). Între ele se situează *ego*-ul (*Ich*, *le moi*, – altceva decât "eul" psihologiei clasice), produs al dezvoltării *ontogenetice*, care are rolul de a realiza comportamentul adecvat coordonând tendințele instinctuale în raport cu posibilitățile lor de

* Pentru A. Adler (1908) ș.a. tendințele fundamentale sunt cele relative la "instinctul eului" (*Ichtrieb*), de afirmare și de realizare. Pentru C. G. Jung, *libido* este pur și simplu energia vitală.

satisfacere. Primele ascultă de un principiu de plăcere și de durere, cerând gratificație imediată (frustarea generează tensiuni). *Ego*-ul ascultă de *principiul realității*: el caută și găsește posibilitățile de satisfacere cu riscuri cât mai puține și fără urmări grave. *Ego*-ul are o funcție homeostatică și o funcție de compromis. Comportarea "rațională" coordonată include un oarecare conflict între *ego*- și *id* (o astfel de viziune a vieții psihice, nu numai ca o desfășurare ci și ca un conflict de forțe, justifică termenul de *psihologia dinamică*.) Conflictul *primejdios* este sesizat ca anxietate. Față de perturbațiile cu originea în inconștient și față de conflictele primejdioase, *ego*-ul elaborează procese de apărare (descrise mai ales de Anna Freud) – dintre care cele mai însemnate sunt următoarele:

1. *Represia* (refularea, reprimarea), care este excluderea din conștiință a tendinței ce nu poate fi armonizată cu exigențele durabile ale vieții sociale sau cu standardele morale. Menținerea "sub presiune" a unor tendințe puternice consumă însă energie psihică (sau neuroasă).

2. *Sublimarea*, care constă în dirijarea energiei pe canalul unei tendințe apropiate (înrudite, similare, analoge sau *symbolic* apropiate), cu aspect socialmente util (de exemplu, energia instinctuală sexuală poate "alimenta" puterea de creație – de unde "funcția" socialmente utilă a ascezei).

3. *Proiecția*, care constă în a atribui altora tendința noastră pe care nu o mărturisim și nu ne-o mărturisim (de exemplu, în locul tendințelor agresive apare impresia că suntem persecutați; în locul intențiilor erotice neconvenabile apare credința în existențelor sau aluziilor erotice din partea celui vizat). Proiecția joacă un rol important în cortelul de simptome psihice *reactive* la starea de boală.

4. *Supracompensarea*, adică substituirea afectului printr-unul opus – de exemplu, substituirea urii prin dragoste. Mecanismul are la bază *ambivalența afectivă* (fiecare afect este însoțit de o umbră a celui opus), principiu care (după psihanaliză) este general și perfect normal.

5. *Conversiunea*, adică "transformarea" într-un simptom morbid, care poate fi descifrat (ca și în cazul sublimărilor) dacă fi căutăm semnificația simbolică. Paralizia (isterică) a unui braț poate fi o

"autopedepsire" pentru o intenție neacceptată de conștiință. Ceea ce atestă caracterul "psihic" al acestor simptome este faptul că ele nu sunt în acord cu semiologia *neurofiziologică* (teritoriile afectate nu corespund ariei de distribuție a unui nerv etc.).

6. *Substituția* (de act, tendință) și

7. *Deplasarea* (tendenței) spre altă persoană.

Pentru Freud, *libido* este un instinct al eului, ținând la conservarea individului, dar și un instinct al sexului. Cel dintâi obiect al "dragostei" fiind propria persoană, s-a vorbit despre un *libido*-auto-centrat, *narcisistic*, care cu greu ar putea fi deosebit de instinctul de autoconservare. Unii autori deosebesc trei orientări ale pulsionii sexuale, *întotdeauna* prezente: autosexualitatea, heterosexualitatea (orientarea spre sexul opus) și homosexualitatea (orientarea spre același sex). *Libido*-ul cu investiție "erotică" este o forță unitivă și ar corespunde anabolismului. În realitate, narcisismul pare a fi mult mai mult decât instinct de conservare și decât autosexualitatea; "dragostea de sine" are relații cu egoismul (așezarea propriilor interese mai presus de interesele altora), cu egotismul (situarea propriei persoane în centrul atenției proprii) și cu egocentrismul (raportarea tuturor evenimentelor la propria persoană), dar nu se confundă cu ele. Sexualitatea nu se reduce la genitalitate, erotica (în care există o investiție psihică pentru *specificitatea persoanei*) nu se reduce la sexualitate, după cum dragostea (care poate fi orientată și spre altceva decât spre o persoană, incluzând atunci altruism) nu se reduce la erotică.

Copilăria este dominată de insecuritate; copilul este dependent; el primește; de aceea – susțin psihanalizii – este narcisistic și ego-centric.

Adultul își poate purta singur de grijă; dezvoltarea sa a atins limitele impuse de individualitate; de aici renunțarea la egocentrism și

* Se poate adăuga și *egofilia*, "simpatia" pentru sine. Predominența *propriilor interese* este – repetăm – altceva decât așezarea în propria persoană, a principalului centru de interes intelectual (sau afectiv). Unii bolnavi sunt obligați (de dureri în propriul corp, de exemplu) să-și îndrepte mereu atenția către ei înșiși, fără a avea nici un fel de simpatie pentru persoana lor bolnavă.

tendința la propagare, procreare, creație; *altruismul* poate fi considerat ca semn al maturității emoționale. Situațiile dificile riscă să aducă, odată cu sentimentul de insecuritate, și o regresie emoțională, eventual spre infantilism și spre egocentrism*. O situație dificilă este tocmai boala.

Modele ale persoanei umane

Concepția asupra persoanei umane ca fiind alcătuită din inconștient, subconștient și conștient este esența teoriei "metapsihologice" a lui S. Freud. O argumentație peste care nu se poate trece ușor pledează în favoarea ideii după care "volumul" inconștientului depășește cu mult "volumul" conștientului. Inconștientul dinamitează conștientul; *id-ul* "poartă" *ego-ul* ("ca un cal pe un călăreț", spune Freud); uneori inconștientul *deformează* viața conștientă, îi restrânge libertatea (prin mijlocirea "complexelor"). Inconștientul *pătrunde* în viața conștientă sau semiconștientă, de exemplu în vis. El poate "bruia" viața conștientă – ca în lapsusuri semnificative (Freud a scris despre *psihopatologia vieții cotidiene*); poate *irupe* sub formă morbidă, în viața conștientă, dând nevroze. Cum "cauzele" profunde (abisale) ale actelor noastre se găsesc "sub" stratul conștiinței, avem impresia de liber-arbitru (sau chiar de arbitrar) în stratul conștiinței. Caracteristică pentru viziunea freudiană a inconștientului este existența unui "determinism intrapsihic". Factorul de ordonare este *ego-ul* care reprezintă o instanță ce poate fi dezechilibrată atât prin cauze psihice (traume afective), cât și prin epuizarea nervoasă sau prin atingeri somatogene (de ex. boli infecțioase).

C. G. Jung (un "dizident" al lui Freud) vorbește despre un elan vital, care se poate îndrepta spre eu (introversiune) sau înspre realitatea exterioară (extraversiune). Dezechilibrul între aceste două *curențe* poate provoca nevroza (pe de o parte – psihastenia sau/și

* Regresiunea se poate face și spre "viziunea magică" și mitică a copilăriei, ca și spre starea de fuziune mai străună somatopsihică de la acea vârstă.

schizofrenia; pe de altă parte – isteria). Dar C. G. Jung ține seama nu numai de tendințele individuale, ci și de *inconștientul colectiv și ancestral* (supraconștient). Acest inconștient ar fi cel care se manifestă în simboluri universale și în arhetipuri – de care este plină mitologia și despre care ne vorbește folclorul.

Mai recent, L. Szondi a scris despre *inconștientul familial*.

*

În medicină (în medicina "omului total", în *medicina antropologică*) ne sunt necesare, simultan, cel puțin *trei* perspective asupra omului (care pot fi considerate și ca trei "straturi" sau ca trei etape evolutive) – *homo reagens*, *homo naturalis* și *homo spiritualis* (K. Jaspers):

a) imaginea lui *homo reagens* ține de lumea senzorial-spațială. Omul este un animal reactiv. El poate fi studiat cu metode experimentale-neuro-fiziologice, cu metoda reflexelor condiționate, și cu alte metode (etologice și fiziopsihologice);

b) imaginea lui *homo naturalis* ține de lumea cultural-sufletească; în această lume este loc pentru subiectivitate; abordarea se poate face psihologic-intelectiv. Acest "om" poate fi studiat, de exemplu, cu metode psihanalitice;

c) imaginea lui *homo spiritualis* ține de lumea "valorilor" și a aspirațiilor. Specificul uman este căutat dincolo de viața organică și de manifestările sale aparente, în "existența" autentică (*ex-sistență*) sau chiar în legăturile sale cu transcendența.

*

În 1978, Tiberiu și Cristian Vlad au propus, pentru uzul mai ales al psihiatriei, o "stratificare" a persoanei care ia în considerare:

- a) un nivel neuropsihic elementar;
- b) un nivel energetico-pulsional;
- c) un nivel de elaborare conștientă.

Acestea sunt "niveluri de activitate prezente în orice reacție comportamentală". Pentru înțelegerea comportamentului uman, acest

concept tridimensional se înscrie cu succes alături de cel triontic al lui Ed. Pamfil și D. Ogodescu (eu-tu-el), de cel după care omul este o "ființă bio-psiho-socială" (P. Brânzei) și de cel relevant de cibernetică: "substanță, energie, informație". În timp ce conceptul propus de P. Brânzei abordează psihicul pe calea interrelațiilor extrinseci, interdisciplinare, ecuația tridimensională folosită de T. și Cr. Vlad se referă la "calea relațiilor intrinseci": modelul Pamfil-Ogodescu subliniază aspectul comunicațional, iar triada "substanță-energie-informație" are o aplicație metodologică mai largă biologică. Preluând această triadă, V. Enătescu (1982) a deosebit 9 niveluri informaționale ale psihicului (vom reveni).

H. Binder a propus (1964) un *concept sintetic* despre persoana umană, pe care-l transcriem și noi.

"Stratificarea" *persoanei psihice* este privită (în evoluție ontogenetică) după cum urmează (după un model de "scară"):

1. *Treapta vital-psihică* (sau psihovitală) este dominată de instincte (pulsuni) de îndeplinire a vieții *ca atare*, de apărare a vieții, de contact simbiotic cu alte *viețuitoare* (nu cu alte *persoane*); la începutul ontogenezei "viața" este în cea mai mare măsură preindividuală (neindividuală).

2. *Treapta pulsională (instinctivă) individuală* "organizează" un "eu instinctiv", care urmărește conservarea și homeostazia condițiilor vitale. Tendințele sunt legate de apetit, de plăcere, de durere; ele se manifestă în acte de alimentare, apărare, atac etc. Procesele psihice au un caracter mai mult pasiv (*pativ*: "mi se întâmplă").

Treptele 1-2 alcătuiesc persoana *biologică sau naturală*.

3. *Treapta spirituală* apare clar la copil, începând din anul al 3-lea al vieții. "Spiritualul", în accepția lui H. Binder, nu este "limitat la conștient, nici opus sufletescului" (ca în concepția lui L. Klages). Spiritualul este caracterizat prin contrastul cu pulsionalul, fiind și ireductibil la acesta. "Spiritualul" individual comunică larg cu *culturalul* pe plan social. Pulsunea caută încheierea (lichidarea) unei stări de tensiuni și este orientată spre individ sau spre obiectul exterior utilizabil. În schimb, "spiritualitatea" este orientată spre suprain-

dividual și spre lume, spre o lume apreciată pentru valoarea ei intrinsecă (și nu pentru valoarea ei utilitară); pentru "spiritualitate" este caracteristică o căutare infinită și *dăruirea* de sine.

În terminologia lui Binder, părțile 2+3 ale eului pot fi reunite într-o *zonă orectică*; împreună cu pătura vital-preindividuală (deci 1+2+3), alcătuiesc părțile *endotime*.

4. Începând din anul al 4-lea, se adaugă o suprastructură *conștientă* (respectiv discursivă). O putem caracteriza prin despicarea lumii în obiect-subiect, prin reflexiune, prin capacitate de distanțare a eului față de "eul actual", prin spontaneitate și inițiativă, prin gândire analitică. De obicei, această pătură se pune "în slujba" spiritualității (în înțelesul precizat anterior).

Terminologia lui Binder este numai în parte originală, iar stratificarea propusă este și ea în parte inspirată din alte "modele" psihice. Persoană *profundă* și persoană *corticală* – spunea Fr. Kraus; *endotim* și *noetic* – spunea Ph. Lersch; *paleo-* și *neopsyche* – spunea Kleist (pentru ca, împreună cu Thiele, să vorbească despre *somato-thymopsyche*, și *poopsyche*).

Pentru Rothacker (1937), pătura adâncă (*Es-Schicht*) cuprinde trei etaje (viața, animalul, emoția) și corespunde lumii de semnale, *Merkwelt*-ului; gândirea și conștiința corespund lumii acțiunii, *Wirkwelt*-ului. Se schițează unele corespondențe probabile cu instanțele neurofiziologice, cu zonele cerebrale. Păturile endotime sunt – se pare – expresia activității trunchiului cerebral și a diencefalului, în timp ce pătura "spirituală" are relații cu scoarța bazală a lobilor frontal și temporal, iar pătura discursiv-conștientă, cu scoarța frontală. "Nucleul intim" al Eu-lui psihic ar avea relații strânse cu planșelul ventriculului al treilea.

Considerațiile precedente se referă la date empirice (facticitate; "eul" *empiric*, persoana *empirică*). Antropologia filosofică se axează pe mănunchiul de potențialități (facultivitate; *virtualități*) specific umane și excepția *antropologică* a persoanei este esențială în problematica *atitudinii* față de viață (generatoare de sănătate, boală și moarte) și față de boală.

Dacă vorbim aici despre "spiritualitate", este pentru că noțiunea de "psihic" nu este suficientă pentru a desemna, fără echivoc, unele tendințe și aspecte caracteristice ale vieții sufletești. Adoptăm, astfel, un punct de vedere cel puțin triplist, fără a accepta întru totul înțelesurile din filosofia germană a ultimelor decenii. N. Hartmann deosebea "păturile": material, organic, psihic (*seelisch*) și spiritual (*geistig*); dacă sufletul ar fi "subiectivitate, raportare la mine", – spiritualul înseamnă orientare spre valori *obiectiv* recunoscute (social? supraindividual?), sau obiectivabile. M. Scheler a desemnat prin *spirit*, o instanță interioară care inhibă, renunță, refuză, neagă –, iar L. Klages a văzut în spirit gândirea rațională "tehnizantă", o "parte" din noi care contrazice nu numai viața, ci și sufletul. V. Frankl a legat spiritualul de viața axiologică, deci de lumea valorilor sociale, estetice, religioase etc. și de capacitatea omului de a se putea distanța de sine însuși, luând atitudine față de propriile trăiri. Pentru P. Moor, spiritualul se leagă de sens (*Sinn*), iar după Jaspers, el se exprimă prin *luare de poziție* și prin *aspirație*. "Persoana", la N. Hartmann se caracterizează prin prevedere, proiectare (în viitor), simț de valorizare și libertate, iar libertatea este definită – și la acest gânditor – ca o *capacitate de a lua atitudine*. Sensul în care vom folosi de preferință, în lucrarea noastră, termenul de "spiritualitate" este apropiat de cel pe care-l dau V. Frankl și H. Binder. După V. Frankl, omul "cu suflet" rămâne încă un *homunculus*, dacă nu are și *spirit*. Folosind o analogie geometrică, Frankl ia în considerație *planul* "facticității psihofizice-organismice", dar *spațiul* " existenței spirituale" este multidimensional. A ne ridica deasupra acestui plan înseamnă, la drept vorbind, a "ex-sista"; căci omul nu este numai *faptic*; el este – în mare măsură – *facultativ*. Dacă, relativ la planul faptic, putem vorbi despre un *paralelism psihologic*, relativ la existența spirituală este necesar să vorbim despre un antagonism *psihonoetic*. Omul are capacitatea de a-și privi critic lumile sale - organică și psihică, de a se opune chiar tendințelor sau servitiilor care pornesc din aceste lumi*. "Spațiul

* Lumea "noetică" este, uneori, lumea lui *cu toate că*, lumea lui *ei și?*, lumea paradoxului.

spiritual" cuprinde libertatea și spiritualitatea. Când judecăm bolnavul *cu adevărat om* (care este *homo humanus*), ceea ce are importanță nu este numai starea sa de boală, ci și *atitudinea* față de aceasta. Dacă psihologia lui *homo naturans* este o psihologie a adâncurilor (abisală), psihologia lui *homo humanus* sau *homo spiritualis* este o psihologie a altitudinilor (a înălțimilor). Viața în spațiul existenței spirituale este viața sub semnul *sensurilor*.

În medicina generală, antropologia " existențialului" tinde să impună noțiunea de *istoricitate* (nu ne interesează numai suma antecedentelor personale, ci și modul în care experiența de viață a fost prelucrată creator și a dus, eventual, la metamorfozarea persoanei). Antropologia de această inspirație consideră că imaginea curent-științifică despre om (*homo reagens, homo naturalis*) este incompletă; limitându-ne la ceea ce este obiectiv sau obiectivabil, riscăm să vedem, în bolnav, numai un obiect. Ceea ce este *neobiectivabil* poate fi de primă importanță: aspirațiile și idealurile; luarea de poziție (a persoanei bolnavului) în "situația" sa (care este câteodată o situație – limită), *unică* și prin unicitatea persoanei (această luare de poziție poate însemna *decizie*); istoricitatea; comunicarea cu un "tu personal"*. S-a delimitat sfera *nevrozelor existențiale* – acelea în care este împiedicată realizarea unor potențialități intime ale nucleului persoanei.

Autenticitatea

Discutând problemele persoanei la acest nivel, se pune – desigur – și problema *autenticității*. În semnificația sa cea mai comună, autenticitatea echivalează cu "a fi tu însuși". Ce sens poate avea acest "fii tu însuși", pe care Goethe îl considera ca un percept moral de bază și pe care Kretschmer îl privea ca pe ideea călăuzitoare a oricărei psihoterapii fine?

* Pentru E. Minkowski, punctul de vedere antropologic este, în esență, cel care pune accentul pe comunicarea interpersonală (psihologie "la persoana a 2-a").

În medicina contemporană, vastul capitol al nevrozelor este adesea privit ca manifestând o criză a autenticității omenești; nevrozele ar fi exteriorizări ale neautenticității. În nevroză, absența identității cu sine însuși se manifestă ca boală, dar de manieră neautentică pe care o poartă cu sine: dramă a interiorității (St. Bălănescu). Incapabil de a-și făuri o adevărată identitate, în goană după o identitate imaginară, pe care nu o poate dobândi, nevroticul este în conflict cu sine însuși și cu cei din jur. Semnificația antropologică a nevrozei este (după acest autor) legată de "posibilitatea omului de a se afla într-o situație duplicitară". Este evidentă, aici, *extinderea* asupra întregii lumi a nevrozelor, a unor caracteristici ale isteriei. Încă Charcot numea isteria "marea simulatoare". Simulația, reaua-credință, minciuna, histrionismul, șarlatania se *începează*, pe plan conștient sau inconștient, cu isteria. Desigur, nu atacăm aici capitole speciale de neuropsihiatrie – dar *nevrozele* nu se repercută numai *direct* asupra funcționării organelor, ci influențează orice interacțiune medic-pacient, ca și atitudinea bolnavului față de propria boală. Este primul motiv pentru care problema ne reține atenția.

Al doilea motiv ține de semnificația general antropologică a isteriei. Comportamentul nostru este prescris, în cea mai mare parte, de programe sociale. "Enculturația" este o însușire (o învățare) de programe. Tot atât de bine s-ar putea spune că "jucăm" niște "roluri". După Guilford, persoana este actor (ansamblu de însușiri), mască (aparență), rol și performanță.

Se pune deci întrebarea în ce măsură bolnavul este "liber să fie autentic". Unii psihiatri vorbesc și azi despre "boli ale trupului care stânjenesc sufletul". Iar V. Frankl consideră (ceea ce e discutabil) că partea "spirituală" a persoanei rămâne nealterată *chiar în psihoze*. În orice caz este necesar întotdeauna să explorăm *gradul de libertate* rămas în bolnav.

Persoana ca sistem deschis

Punctul de vedere *pozitivist* vede în persoană o ființă *reactivă*, mai mult decât una *activă* (de unde utilizarea a numeroși termeni cu prefixul *re-*: reflex, reacție, retenție, răspuns). Acest punct de vedere este influențat de fizicalism sau naturalism; viziunea este fragmentară, în fond "impersonală". Pentru psihanalisti, omul este un rector cvasimecanic dominat de trei forțe tiranice: *id*, *mediu*, *super ego*. Dar omul este și intenție (de unde necesitatea termenilor cu prefixul *pro-*: program, promisiune, proacțiune, proiect). Punctul de vedere *personalist* (W. Stern, E. Brightman, A. Bertocci, M. B. Arnold, C. Murphy) pune pe primul plan noțiunile de funcție, adaptare, uz. Accentul se pune mai puțin pe "a fi" decât pe "a deveni". Perspectiva este motivațională. În afară de adaptare, omul urmărește și *auto-actualizarea* (Goldstein). El nu este o creatură riguros homeostatică, ci și un om mănât de "dezechilibre" și de neliniști creatoare. *Perspectiva biologică* este, de fapt, aceea care vede în persoană structuri adaptive de diferite niveluri, *mediul* ambiant fiind o sursă de gratificare, dar și de primejdii. Însă omul poate "comite" și poate risca în numele unui ideal. În perspectivă, omul "se află în lume" ca o ființă neliniștită, eventual alienată, în criză - în raport cu datele fundamentale ale morții, sensului și culpabilității (Kierkegaard, Heidegger, Jaspers, Sartre, Berdiaev, Marcel, Binswanger, Tillich). În filosofia existențialistă se poate vorbi despre "curajul de a fi", despre *alegere*, despre *responsabilitatea* implicată chiar în decizia de a actualiza unele sau altele dintre potențialități (Frankl). Nu *exprimarea de sine* (sau *self-actualizarea*) devine suprema caracteristică umană, ci *depășirea de sine* (sau *self-transcendența*) în numele unui ideal. Omul este stăpânit de "dorința de sens" poate în mai mare măsură decât de "dorința de putere" (despre care scria Nietzsche). Lupta pentru existență, pentru adaptare, pentru afirmare – se subordonează acestui principiu. Omul este *liber* – sau, mai bine zis, parcurge (în procesul său de dezvoltare) în mod ascendent *trepte de libertate*. Orice *terapie adecvată tinde să-i crească libertatea de decizie*. Este interesant de menționat că în psihologia indiană se definesc patru stadii evolutive, coincidând până la un punct

cu etape ale vieții: ele sunt dominate de dorința de plăcere, de cea de succes, de tendința la îndoială și libertate, în sfârșit de dorința de "înțelegere", de "prindere" a sensurilor.

După Allport, personalitatea nu este numai structură, ci și lipsă de structură; este funcționare, dar și malfuncționare – manifestă grade diferite de ordine și dezordine. Însă, în orice caz, este un complex de elemente în interacțiune mutuală – ceea ce definește un sistem.

Ca sistem deschis, personalitatea are:

1. Intrări (*input-uri*) și ieșiri (*output-uri*). Acesta este aspectul subliniat de teoriile fiziologice și de teoria stimul-răspuns.

2. Stări staționare (*steady states*): energia influențelor externe nu distruge forma și ordinea internă. Acesta este aspectul subliniat de teoriile care pun accentul pe nevoi. Asemenea teorii scot în evidență stabilitatea mai curând decât "creșterea" (dezvoltarea); reducerea nesigurății mai curând decât capacitatea de creație; aspectul a fi mai curând decât aspectul a deveni. În aceste stări, abordarea este de tip biologic.

3. O creștere a ordinii în timp, o creștere a complexității și diferențierii, eventual în ciuda echilibrului. Aspectul este evidențiat de teoriile dinamice, care au în obiectiv auto-actualizarea (K. Goldstein, Maslow), autonomia funcțională și evoluția motivelor (Allport), primatul comportamentului (Woodworth). Scopul activității s-ar afla – nu în scăderea tensiunilor, ci în recentrarea lor.

4. O interacțiune intensă cu mediul, de tip "tranzacțional" (așadar, există sisteme inter- și suprapersonale).

Psihologia persoanei trebuie să fie totodată *nomotetică* (folosind elemente și explicații cauzale, legi cuprinzătoare sau universale – ca în științele naturii) și *idiografică* (folosind concepte și metode ale științelor mental-culturale, aplicabile faptelor individuale – în special "înțelegerea" și cercetarea structurii). Individualitatea sistemului *persoană* nu este un "reziduu" ireductibil de legi generale; persoana există ca unic sistem "idiomatic" și care este o structură logică în și pentru sine. S. Rosenzweig (1951) a propus termenul de *idiodinamică*

* Termenii au fost folosiți de W. Windelband (1904).

pentru dinamică proprie unui individ. În timp ce psihologia generală cunoaște norme universale, iar științele socio-culturale folosesc norme de grup, psihologia persoanei ține seama de normele personale (idiosincratice) (Kluckhohn). *Psihologia "clinică"*, ce are de-a face cu indivizi (cu fiecare în parte), are desigur o poziție idiografică – ca și medicina persoanei de altfel.

Dar această problemă merită o dezvoltare aparte.

*

O realitate asupra căreia este necesar să insistăm este următoarea: în multe cazuri, reacția "personalității" *domină* mecanismele fiziologice elementare, influența directă (nemijlocită) putând fi anulată de o reacție indirectă, mijlocită, de sens contrar. În *Psihologia individuală*, Alfred Adler a analizat, pornind de la experiența sa de oftalmolog consultant, situația de *supracompensare* a defectelor fizice prin tensiune psihologică sau prin exercițiu (fundamentat pe dorința de a învinge complexe de inferioritate). Astfel, bolnavii cu mici defecte ale aparatului vizual pot vedea mai bine decât oamenii normali; Demostene a devenit un mare orator pentru că a fost bâlbâit. Unele cercetări de psihofiziologia muncii duc la concluzii similare. Astfel, în cercetări privind randamentul muncii în echipă la diferite grade de iluminare a atelierului, s-au constatat rezultate surprinzătoare: randamentul putea crește (în loc să scadă) slăbind iluminarea până în zone nefiziologice, deoarece muncitorii se simțeau studiați, "li se dădea importanță".

Individualitate și individualizare

Un postulat al psihologiei medicale (sau al medicinei psihologice) este importanța *individualității* și a *individualizării*. Dictionul "nu există boli, ci bolnavi" ar trebui formulat, mai corect, în modul următor: nu există boli în afara bolnavilor (cu particularitățile lor individuale) care suferă purtându-le; hotărâtoare pentru succesul

terapeutic este, uneori, combaterea bolii, alteleori modificarea particularităților (reactive) individuale. Din punctul de vedere al psihologiei medicale, aceste particularități reactive nu sunt numai *somatice* (*organismice*), ci sunt și *ale persoanei*.

Cum se constituie acest specific individual? Desigur – ca în orice problemă biologică – avem de luat în considerare factori ereditari ("genetici") și factori de mediu ambiant (environmentali). Ca în orice problemă antropologică, prin mediu trebuie să înțelegem mediul fizic, mediul *biotic* (alcătuit din animalele, plantele, bacteriile, virusurile cu care interacționăm) și mediul cultural-social. Fiecare dintre factorii de mediu are o influență dinamică și dinamizatoare, în funcție de receptivitatea individului, de "labilitatea" perioadei de dezvoltare, de evoluția sau de involuția în care se găsește. În etiologia unor cazuri de nevroză joacă un rol mult mai important traumele copilăriei decât cele ale vârstei adulte. Factorii de mediu intervin, de cele mai multe ori, prin mijlocirea unei *experiențe* de viață. Se poate spune, în general, că importanța relativă a factorilor experiențiali (față de cei înnașcuți, congenitali, ereditari) în determinarea unei reacții somatice sau de comportament este cu atât mai mare cu cât animalul este situat pe o treaptă mai evoluată a filogenezei. La om, factorul experiențial este esențial în formarea personalității*. Având "sfere încrucișate" cu factorul ereditar și cu factorii de mediu, *factorul boală* constituie – în multe cazuri – unul dintre determinanții însemnați ai personalității.

În legătură cu această problemă, vom spune câteva cuvinte despre vechea noțiune a *terenului individual*.

Terenul individual

Noțiunea de "teren" are o însemnătate atât de mare în medicină, încât C.I. Parhon a preconizat (1948) constituirea unei *științe a terenului* (*edafologia*) ca bază a patologiei generale. În cursul vremurilor, cuvântul "teren" a avut cel puțin cinci accepții principale:

1. *O accepție vagă, metaforică*: prin calitatea sa, "terenul" pe care cad semințele permite unora dintre ele să încolțească ("teren propice"), iar altora nu (teren "sterp"). Bineînțeles că ceea ce poate crește pe un teren poate fi și o buruiănă, nu numai o plantă utilă sau o floare.

2. *O accepție legată de aspectul etiologic*. Bolile endogene sunt expresia unui "teren morbid". În bolile contagioase (microbiene, parazitare, virotice), "terenul" este considerat ca o cauză ajutătoare (Pasteur îl interpretase, inițial, ca pe un teren *pasiv*; aproape ca pe un mediu favorabil de cultură microbiană). Ulterior, studiind imunitatea dobândită, terenului i s-au atribuit mai ales calități *active*, adică *reactive*, mai precis – de *ripostă*. Unele boli alergice sau idiosincrazii la medicamente sunt manifestări ale unui "teren" deosebit, aberant.

3. *O accepție legată de aspectul patogen*. De la un individ la altul există diferențe în ce privește calitatea și eficacitatea mecanismelor de apărare ale organismului (și rezistența organelor, țesuturilor și sistemelor funcționale) la acțiunea agenților patogeni. Ușurința cu care o excitație morbidă, sau chiar o leziune morbidă, se propagă în organism depinde de ereditate, de antecedentele fiziologice și patologice etc. Elementele de "teren" cu caracter de permanență și alcătuind structura întregului se numesc *constituționale*.

4. *O accepție legată de fizionomia bolii (aspectul patoplasic)*. La persoane (organisme) diferite, manifestările clinice ale unui proces patologic (simptome, semne, evoluție, complicații etc.) nu sunt identice. Este de menționat faptul că termenul de patoplasmie a fost propus (Bimbaum) în sfera psihopatologiei.

5. *O accepție legată de prognostic*. În sensul acesta larg, problematica "terenului" se confundă cu problematica reactivității biologice și psihologice; ea se ocupă, în bună parte, cu problematica relațiilor "cauză-efect". În această problematică avem de luat în considerare cel puțin trei aspecte fundamentale:

A. *Aspectul cantitativ*. Stimuli (sau noxe) de aceeași intensitate pot provoca efecte de intensități diferite, după teren (și invers): există o "împrăștiere statistică" a efectelor individuale.

* Reflexele condiționate și imunitatea dobândită sunt două mecanisme de "individualizare" prin factori experiențiali.

B. *Aspectul calitativ*. Răspunsurile sunt "specifice" în două situații extreme:

a) când sunt reflectorii pentru natura și pentru intensitatea cauzei (*alospecificitate* sau *exospecificitate*). De exemplu, putem recunoaște o boală (și agentul ei patogen) pe baza simptomatologiei;

b) când exprimă numai particularitățile "terenului": răspunsuri monotone, standard, stereotipe – conforme cu structura și cu funcționalitatea sistemului viu (*idiospecificitate* sau *endospecificitate*). Percepția este alospecifică, în timp ce iluzia (și, mai ales, halucinația) sunt idiospecifice. Anafilaxia are o simptomatologie idiospecifică, în timp ce anticorpii sunt alospecfici.

C. *Aspectul temporal*: efectul poate urma imediat cauzei sau poate fi prelungit în timp; în alte cazuri, reacțiile pot fi amânate sau chiar suspendate.

Idiospecificitatea poate îmbrăca aspectele extreme ale reacției "tot sau nimic" și ale reacției paradoxale.

După cum se știe, unul dintre factorii de "individualizare" este însăși experiența de viață a individului. Reflexele condiționate, de pildă, stabilesc o nouă legătură (dar o legătură temporară) între un agent exterior (care, până la un moment dat, putea să fie indiferent) și un efect (care poate fi un efect visceral, sau unul psihologic); această legătură este explicabilă prin istoria individului. Faptul că – în multe cazuri – condițiile cele mai importante de desfășurare a procesului sunt cele care țin de "teren", nu este însă suficient meditat. Tratatul – în aceste cazuri – nu poate fi numai *etiotrop*, ci – în primul rând – *personotrop*.

Personalitatea în perspectivă sistemică

Ultimul deceniu a fost unul de mare popularitate a viziunii sistemice. Pornită de la considerații de termodinamică biologică (L. v. Bertalanffy), teoria generală a sistemelor (sau a "sistemelor generale") a fuzionat repede cu cibernetica. Abordarea sistemică este "abstractă" – având taxonomia (sau tipologia sa) proprie: sistem închis/deschis,

continuu/discret, substanțial/energetic/informațional etc. Din punct de vedere al *sistematicii* biologice, omul este un vertebrat, mamifer, primat etc. Din punct de vedere *sistemic* (al unei "antropologii abstracte"), omul este un sistem integral, heterogen, anizotrop, geometric, deschis, substanțial, compartimentat, energetic, cu autoreglare, cu retroacțiuni, informațional, cibernetic, reactiv, ierarhizat, oscilator, neliniar, automat, dinamic, evolutiv, antieutropic. Fiecare dintre aceste 20 de caracterizări, *explicită*, are, la rândul ei, "implicații explicative". Ele definesc omul pe latură antropologică, dar cele mai multe dintre ele caracterizează și psihicul uman: omul este un sistem *autoizomorf*. Accentul se va pune pe caracteristicile informaționale: lumea semnalelor se prelungește în lumea semnelor și a simbolurilor (*omul cu sistem semiotic*). Comportamentul reactiv se prelungește într-un *joc strategic*. Apar dimensiunile *semantice*. "Circuitul de reacție" al conștiinței este premisa unei autoreglări și autocontrolări de ranguri tot mai înalte; în acest sens, omul este un sistem cu *autodepășiri* virtuale repetabile (*sistem transfiniit*).

Se poate insista asupra a trei note omenești: 1) *antientropia* (sistemul se *organizează* psihofizic și *organizează* ambianța, cheltuind energie; în felul acesta generează - ca orice sistem viu - insule de ordine și de neentropie într-un flux de entropie crescândă); 2) caracterul său *antialeator* (care compensează întâmplările și perturbările prin jocuri strategice care consumă puțină energie dar folosesc multă informație); 3) *autocinetismul* (Malița). Omul antientropic ține de dotarea sa cu voință; cel antialeator este omul inteligent; cel autocinetic este omul cu inițiativă, autoconducere, auto perfecționare.

Factorii psihici în dinamica sănătății și a bolii (I)

Terminologie

În teoria medicinei (ca și în alte ramuri teoretice ale științelor), terminologia nu este unitară, iar sensul folosirii diferiților termeni variază după autor. Pentru a evita unele confuzii și a ușura recepționarea textului care urmează, credem nimerit să precizăm care este înțelesul pe care-l vom da câtorva noțiuni de circulație în medicină.

Nu ne vom opri mai mult asupra cuvintelor "sănătate" și "boală", care vor face obiectul unor discuții ulterioare. În schimb, vom aminti cuvintele care se referă la trecerea de la starea de sănătate la cea de boală, și invers.

"Boală" (*morbis*) nu este un concept univoc. K. Rothschild propune să numim *pathos*, "boala" în sensul în care o privește patologia (știința despre procese și leziuni morbide), adică deviația *obiectivabilă* de la normă. Pentru "boala" luată în sens clinic, termenul de largă circulație este cel de *nosos*. În sens "personalist", incluzând deci și aspectul subiectiv al bolnavului (dar și atitudinea sa față de propria stare), boala se poate numi *aegritudo*. Hipocrate observă că "la tot ceea ce supără, i se spune boală"; Rothschild leagă noțiunea de boală de *nevoia de a primi ajutor*. Din punctul de vedere al bolnavului, această nevoie are o întemeiere mai ales subiectivă; ajutorul medical nu este justificat la orice apel al pacientului. *Pacientul* este cel care suferă (*patients*).

"Sănătatea" este privită, de către patolog, ca o stare de integritate; de către clinician, ca o lipsă de simptome; de către bolnav, ca o stare de *bien-être* (*valetudo*). Sănătatea – a scris P. Valéry – este

starea în care funcțiile necesare se îndeplinesc "insensibil sau cu plăcere". Intrarea și ieșirea din starea de boală poate fi privită, din aceste trei puncte de vedere, sub forma a trei serii stadiale:

1. *integritas* – predispoziție – *pathos* – reorganizare;
2. lipsă de simptome – prodrome – *nosos* – *sanatio*;
3. *valetudo* – indispoziție – *aegritudo* – reconvalescență.

Capacitatea de a ne îmbolnăvi este *patibilitatea*. Cauzele bolii înseamnă *etiologia* sau *patokineza*. *Patogeneza* se referă la difuziunea intra-organismică a procesului perturbat sau perturbant (ea reprezintă o sumă de procese cauzale, dintre care unele au funcții regulative). *Patoplastia* se referă la particularitățile individuale de manifestare a bolii. Procesele organismice care se opun bolii sunt procese *antipatice*. Dacă sunt eficiente, ele duc la vindecare, la *higiogeneză* (sănătatea se mai numește și *stare higidă*).

Sanogeneză este un termen care vizează întărirea, "augmentarea" sănătății. *Profilaxia* vizează evitarea îmbolnăvirilor sau a desfășurării grave a bolii sau a complicațiilor unei stări morbide.

Când spunem că factorii psihici ai pacientului (și ai medicului) "intervin" în dinamica sănătății și a bolii, ne gândim, firește, la altceva decât la reflectarea pasivă a bolii în conștiință (reflectarea se referă la "seria treia" stadială de mai sus). Ne gândim la intervenția în sanogeneză, patokineză, patogeneză, patoplastie, higiogeneză. Și ne gândim, de asemenea, la mai mult decât la luarea unor măsuri de igienă, profilactice – și la mai mult decât la greșeli de comportament generatoare de îmbolnăviri sau de agravări.

Ce înseamnă "factor"? Acest cuvânt îl vom folosi într-un sens empiric, pragmatic. "Factor" va fi, de exemplu, o emoție unică puternică – în particular, emoția negativă (*trauma psihică*) – dar și conflictul de durată, conștient (*drama*), sau complexul inconștient sau pasiunea (*Riese*) – și chiar "sentimentele intelectuale" ca și atitudinea bolnavului față de boală.

O medicină care ține seama de factorii psihici, ține seama, implicit, de factorii sociali, culturali, axiologici (inclusiv morali) etc. *Psihicul uman* are o semnificație și o funcționalitate mult mai complexă decât psihicul animal. După accentul care s-a pus pe unul

sau altul dintre aspectele vieții psihice umane, aceste orientări ale medicinei s-au instituit fie "medicină psihosomatică, fie "medicină antropologică", fie "sociofiziologie" sau "sociosomatică".

Stabilirea corelațiilor semnificative între factorii psihici și cei patologici este o *primă etapă* a cercetării. O altă etapă este aceea în care se cercetează *mechanismele* de la baza acestor corelații. Cercetarea mecanismelor *infrastructurale* ale vieții psihice este de resortul fiziologiei, în special de resortul neurofiziologiei și al neuroendocrinologiei. Pe această linie se înscriu cercetările exprimate cel mai pregnant de către curentul *medicinei corticoviscerale*.

Viața afectivă

Interesul psihologiei pentru viața afectivă este mereu în creștere, de la sfârșitul secolului al XIX-lea, ca reacție la psihologia intelectualistă, ca ecou al viziunii romantice despre om, ca expresie a influențelor exercitate de sistemele filosofice ale lui Schopenhauer, Nietzsche, Ed. Hartmann, dar și ca rezultat al preocupărilor neurologice și psihiatrice ale timpului (privind isteria, psihozele endogene). O etapă de cea mai mare importanță pentru dezvoltarea "psihopatologiei afective" o marchează psihanaliza lui S. Freud.

Pentru scopurile lucrării de față ne interesează în primul rând semnificația *biologică* și semnificația pentru individ a emoțiilor și, în al doilea rând, *mechanismele fiziologice* ale emoțiilor. Această cunoaștere ne-ar da posibilitatea de a înțelege rolul și intervenția lor în dinamica sănătății și a bolii, de a stăpâni și a folosi viața afectivă în cadrul activității profilactice și terapeutice etc. Subtilitățile psihologice ale problemelor pot fi găsite în tratatele și monografiile de specialitate.

După K. Lewin, stările afective apar ca expresii ale unor forțe de echilibru într-un "câmp psihic". M. Scheler a accentuat asupra ideii că ele posedă *înțeleș timetic* – legat de interesele biologice ale organismului. Sentimentele sunt subiective nu pentru că sunt expresii ale eului, ci pentru că sunt inerente *intereselor organismului*. Și P. Janet vedea în afecte factori interni de *reglare ai conduitei*; dar important

este să se realizeze valoarea adecvată, adaptativă a acestei reglări. Ideea foarte răspândită în școala psihologică franceză, după care emoția este mai ales dezadaptare, o dezorganizare (deoarece poate pune persoana în stare de inadecvare, de ex. "tracul") este insuficient gândită: nu ține seama de intensitatea emoției, nu ține seama de faptul că unele dezorganizări sunt utile în calitatea lor de pregătire a restructurărilor în vederea unei noi etape adaptative (V. Pavelcu). Mai precis, emoția poate fi caracterizată ca o reacție adaptativă la evenimente din viața *individului și* – pe plan uman – ca o reacție a *persoanei* în raport mai ales cu factori din mediul social, cu referință la *dezvoltarea* armonioasă a persoanei (și nu numai la homeostazie). Interpretarea contemporană a emoțiilor este *holistică* (reacție a *întregii* persoane) și *biosociologică*.

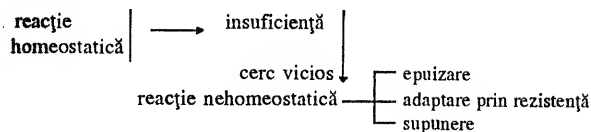
Organismul animalelor superioare are capacitatea unei estimări globale a situațiilor în vederea unor reacții *globale* – și că din această funcție estimativă face parte și viața afectivă (Magda B. Arnold). Viața afectivă exprimă astfel, în mod pregnant, conexiunea dintre funcțiile de cunoaștere și cele de intervenție activă în mediu. Emoția "precede" sau "generează", "intensifică" un impuls spre acțiune. În cazul unei reacții *amânate* (cum sunt reacțiile caracteristice pentru om, după M. Ralea), emoția determină o preocupare atentă cu situația. Elaborarea informației actuale se face cu ajutorul datelor memoriale, premisă a activității imaginative. Imaginația construiește "modele" interioare ale acțiunilor sau ale evenimentelor posibile, asupra cărora operează instanțele critice. Atitudinea noastră față de ele este, de asemenea, sprijinită pe afect. Mai reacționăm afectiv și la "conținutul conștiinței noastre". Prin cumulare și repetiție, acest *pattern* afectiv poate crea un *pattern de reactivitate* afectivă și o modificare de temperament.

În cele ce urmează vom trece în revistă câteva probleme importante pentru psihologia medicinei.

* "Cunoașterea afectivă" nu este o contradicție în termeni: Pascal vorbea despre "les raisons du coeur que la raison ne connaît pas"; Lipps - despre cunoașterea "empatică", intuitivă (*Einfühlung*); H. Bergson - despre intuiția legată de instinct și de emoție.

1. *Diferențierea între impresiile somestezice și emoțiile de însoțire* (M. Arnold). Primele reacții (și cele elementare) la impresiile somestezice sunt simțămintele specifice de plăcere sau (mai frecvent?) de durere. Când spunem "plăcut, neplăcut" (nu: "dureros") ne referim la reacții afective, la impresii senzitivo-senzoriale de orice natură; *suferință* înseamnă sesizarea durerii, a izvorului ei și a primejdiei implicate.

2. *Oare orice emoție este adaptativă?* Există o deosebire între emoția de frică, care ne "îndeamnă" la fuga de pericol – și între tensiunea anxioasă, în care agitația este semnul tatonării după o soluție în *prezența* primejdiei. Emoția este un simplu semnal de perturbare a echilibrului; mecanismele puse în joc pot să țintească restabilirea homeostaziei sau alte soluții adaptative nehomeostatice (cum ar fi fuga). Invers, nu orice reacție homeostatică este adaptativă. "Finalitatea" organismului despre care au vorbit atât de mult teologii, "înțelepciunea" sa (*the wisdom*) laudată de W. B. Cannon sunt rezultatul fericit (frecvent întâlnit în starea de sănătate și în condiții normale de mediu) al unor mecanisme oarbe. În situații anormale și în stare patologică, unele mecanisme homeostatice sunt răspunzătoare de amplificarea tulburărilor, de agravarea lor, de trecerea lor în fază lezională – prin mecanismele cercului vicios. După cum a arătat M. Ross Ashby, sistemul viu este *ultrastabil*: el își poate schimba "programul" reacțiilor, dacă acestea nu duc la rezultatul favorabil. Organismul este, de aceea, un sistem de reacții "eșalonate". Atât timp cât este păstrată capacitatea de încercare a soluțiilor "de rezervă", reacțiile organismului își păstrează finalitatea autoconservativă (*teleonomia*). Schematizarea procesului de adaptare fiziologică sau psihofiziologică pe care o propunem este următoarea:



Am adăugat modalitatea "supunerii" (Laborit), ca singura eficaă (eventual!), atunci când există o disproporție între forțele nocive și sistemul viu. I. P. Pavlov vorbea, în cazuri similare, despre "inhibiție de protecție".

Intensitatea emoției este un factor de care depinde eficiența sa biologică. Emoția puternică este o "emoție-șoc", care dereglează comportamentul, îl face incoordonat sau îl inhibă.

Dacă modificările somatice, concomitente emoțiilor moderate au un rol adaptativ pe *plan fiziologic* (pregătind un comportament adecvat), ce finalitate le-am putea găsi în cadrul unor interacțiuni pur psihice?

Pe plan uman, rolul emoțiilor neplăcute (sau negative) nu se mărginește la sectorul adaptării față de factorii mediului fizic sau biologic. Dinamizarea activității mentale este, aici, mai importantă decât dinamizarea activității fizice și decât pregătirea somatică pentru agresiune și luptă corp-la-corp. Afectivitatea, la om, nu are numai o funcție biologică, ci și una psihologică și chiar una "spirituală". Emoțiile "negative" pot juca, de exemplu, rolul de "gardieni ai *self-ideal*-ului" (M. Arnold).

3. Mecanismele psihologice specifice umane dau relief și consistență suferinței, dar alte mecanisme, de ripostă, sunt îndreptate împotriva suferinței, ținând la compensare, la evadare sau la resemnificarea evenimentelor prin schimbarea atitudinii, eventual prin acceptarea compromisurilor. S. Freud a analizat unele consecințe *patogene* ale deficienței mecanismelor de evadare din suferință – în particular, acelea generate de incapacitatea de detașare și de reatașare a libidoului. Tot el (și Ana Freud) au elaborat teoria refuzării, a protecțiunii și a altor mecanisme subconștiente de apărare "față de noi înșine". F. Baumgarten a adus contribuții în același sector, ținând seama de mecanismele conștiente, iar V. Frankl a insistat asupra mecanismelor de nivel suprem: mecanisme spirituale, constând în "distanțarea" față de eul suferind (de exemplu, prin filosofie sau umor) și în căutarea unor sensuri și valori legate chiar de suferință. Există, așadar, o lichidare "orizontală" a suferinței, prin riposte care se petrec pe același plan – și o lichidare "verticală", prin instanțe superioare (de control), ale personalității.

4. Capacitatea de "dedublare" psihologică și spirituală a omului dă ocazie la o dublă orientare a vectorului afectiv: spre alții (adică spre lumea dinafară – *orientare xenotropă*) și spre sine (*orientare autotropă*). Tendințele de agresiune pot fi tendințe heteroagresive (aloplastice) sau tendințe autoagresive (autoplastice). Totodată și "sursa" afectului poate fi exterioară sau interioară. Există anxietăți care sunt generate de situații obiective și altele care sunt generate de refuzări. Este ușor de admis că mânia agresivă are o valoare *biologică* mai aproape de adecvare decât autoagresiunea. În schimb, autobla-majul poate avea o însemnată valoare *spirituală*.

Concomitențe endocrine ale stărilor afective

Cercetarea *concomitențelor fiziologice* ale stărilor afective s-a îndreptat sistematic spre sectorul umoral și endocrin.

Încă din 1924, Allport a încercat un paralelism între "antagonismul" simpatic-parasimpatic și bipolaritatea neplăcere-plăcere – fundamentală pentru discriminarea afectivă. După această schemă, emoțiile neplăcute (durere, frică, mânie) s-ar însoți de o excitație a simpaticului, iar cele plăcute – de o excitație a parasimpaticului. Această opoziție poate fi apropiată și de caracterizarea semnificației biologice generale a orientării simpaticotone ("ergotropă", după Hess, catabolizantă și furnizând astfel energie) și a orientării vagotone ("trofotropă", anabolizantă – orientare de cruțare și de refacere). Ceea ce generează o emoție plăcută ar favoriza astfel desfășurarea optimală a vieții organismului.

D. Danielopolu a făcut mai demult precizarea că antagonismul neurovegetativ este *interstimulent*. Cu alte cuvinte, excitarea simpaticului antrenează o creștere a tonusului parasimpatic (și reciproc), rezultând astfel o *amfotonie*. Stimularea sistemului antagonist este necesară din considerații de echilibru funcțional. Ea poate fi privită și ca o *ripostă* intraorganismică.

W. B. Cannon a susținut (întemeiat pe experiențe) că reacțiile simpaticotone sunt utile pentru "ieșirea" animalelor din situații ame-

nințitoare, neobișnuite. Activarea simpaticului este favorabilă pregătirii organismului pentru fugă sau pentru luptă. Simpaticul și sistemul endocrin adrenergic ar fi aparate de *emergență*, folosite în împrejurări primejdioase de scurtă durată (reacții de urgență).

După cum se știe, H. Selye a elaborat concepția "sindromului general de adaptare": reacțiile organismelor supuse la o mare varietate de noxe brutale (*stress*) au un mare coeficient de nespecificitate (idiospecificitate); axa acestor reacții este construită de activarea secreției hipofizare de ACTH, cu hipersecreție consecutivă de hormoni corticoadrenali.

S. A. Corson a observat, la câini (1956), că *stress-ul* "psihologic" (stimuli nociceptivi) poate provoca două tipuri de răspunsuri endocrine. La unele animale, la repetarea *stress-ului* "psihologic", se obține o eliberare marcată și persistentă de vasopresină (hormon antidiuretic, ADH), împreună cu predominarea factorilor colinergici (ai sistemului trofotrop, după terminologia lui Hess). La altele – eliberarea de vasopresină este absentă sau efemeră: sunt animalele cu predominanță simpatoadrenergică. Este ceea ce numim *tipospecificitate*.

Cercetările care au studiat *concomitențele* endocrine ale stărilor emoționale nu sunt numeroase. Tentativele de a găsi "formula endocrină specifică" fiecărei specii de emoție *umană* s-au lovit de dificultăți metodologice și terminologice. Se întâlnește frecvent, în literatură, confuzia între teamă și frică, între anxietate și starea de tensiune, între anxietate și angoasă etc. Nu s-a ținut seama întotdeauna de factorii *intensitate* și *timp*. Este de așteptat ca în stările emotive foarte intense sau în cele care au durată apreciabilă, să apară *riposte intraorganismice*; acestea ajung pe primul plan, dominând scena. O reacție colinergică poate fi mascată prin simptome adrenergice sau invers. Considerînd că emoția este o reacție a organismului la o "situație", riposta intraorganismică poate fi privită ca o *reacție la reacție*.

În frică, estimarea primejdiei duce la impulsul de a evada sau de a fugi: pe plan umoral, găsîm stimularea hipofizei anterioare și

secreția hormonilor corticosuprarenali – de asemenea o activare adrenergică, similară (până la un punct) celeia din frig. Stimularea corticosuprarenalelor este o reacție relativ lentă (se petrece în curs de ore); este de presupus, de aceea, că "rolul" ei nu rezidă în facilitarea actului de fugă, ci că este o "ripostă" necesară restabilirii homeostaziei, după ce primejdia a trecut. Când frica devine cronică, impulsul spre fugă nu mai are aceeași putere; efectul stimulării simpatice devine cumulativ, în timp ce descărcarea de ACTH se reduce (formă de dezechilibru endocrin patogen?).

După M. Arnold, mânia pare să producă efecte organice asemănătoare celor dezlănțuite de căldură. *Flush*-ul mâinii puternice nu se limitează la față. Mucoasa gastrică se înroșește, se tumefiază și devine atât de congestionată, încât se pot produce hemoragii (Wolf, 1950). Mânia (și furia) par să implice, de aceea, o excitație colinergică. Dar aceste emoții sunt însoțite și de o hipersecreție de noradrenalină. Pentru că noradrenalina este un slab excitant al secreției de ACTH, "riposta" intraorganismică este diferită de cea din cazul frigii.

Excitația adrenergică secundară unei stimulări colinergice produce o senzație de frig, ca și excitația adrenergică primară; excitația colinergică provoacă o senzație de căldură. Secvența de "una caldă, una rece" se poate întâlni și în cazul *stress*-urilor puternice, complexe (Laborit a vorbit despre "reacția oscilantă postagresivă").

Von Euler (1950, 1964), Silverman și Cohen (1960) au prezentat date care sugerează o asociere statistică între mânie, agresiune și descărcare de noradrenalină, pe de o parte, și anxietate, aprehensiune și hipersecreția de adrenalină, pe de altă parte. Mason (1961), lucrând pe maimuțe, a observat creșteri în nivelul plasmatic al 17-hidroxicorticosteroidilor și al noradrenalinei într-o mare varietate de situații experimentale. Secreția de adrenalină a părut să fie mai "selectivă", fiind legată de elementele de nesiguranță din situația experimentală.

Concomitențe nervoase ale stărilor afective

După teoria lui W. Cannon (1930), pentru a avea experiența emoției este necesar talamusul; pentru a exprima emoția este necesar hipotalamusul posterior și structurile vecine ale trunchiului cerebral. Cannon admite că emoția este un fenomen de eliberare, de dezinhibare a talamusului. Decorticarea (neocortexului) suprimă însă și posibilitatea de a avea unele emoții; funcționarea scurtcircuitată a structurilor duce la pseudostări afective exagerate ca expresie. Lashley (1938) a făcut observația că leziunile talamice duc la modificări în intensitatea și în calitatea senzațiilor (ex. durere), nu la modificări afective. În emoție, talamusul ar fi mai curând excitat.

Papez (1937, 1939) a văzut în diferiți *centri* corticali numai stațiuni într-un lanț dinamic complex de releuri. Fluxul impulsurilor senzoriale de la periferie urmează trei căi principale de la talamus la cortex: una servește percepțiilor, alta organizarea proceselor de gândire, înțelegere și mișcare, iar a treia – simțămintele și conștiința ca atare. Creierul afectiv cuprinde – după Papez – circuitul hipocampus-fornix – corpii mamilari – nucleul talamic anterior și *gyrus cinguli*.

Mac Lean (1949), pe urmele lui Papez, a dezvoltat concepția "creierului visceral". Structurile care cuprind circuitul emoțional sunt conectate cu sistemul nervos autonom și sunt importante pentru supraviețuire. La animalele inferioare, mirosul este un simț de mare însemnătate adaptativă; de aceea, "creierul visceral" coincide în mare măsură cu rinencefalul. Rinencefalul are conexiuni strânse și cu viața instinctivă, mai ales cu cea sexuală. Influențat de psihanaliză, Mac Lean admite că acest creier primitiv servește funcțiile *id*-ului; sistemul hipocamic ar putea prelucra informația numai într-un chip sumar, ar fi incapabil să analizeze limbajul (cum face neocortexul), dar ar fi capabil de simbolism non-verbal. Hipocampusul ar fi un "creier animalizat și analfabet" (Mac Lean), dar M. Arnold a criticat concepția lui Mac Lean, arătând că simbolismul non-verbal implică o experiență psihologică complexă, mai complexă decât cea a emoțiilor elementare.

Hebb (1949, 1959) încerca să găsească procese nervoase "echivalente" unor procese psihice. Prototipul atenției ar fi un anumit gen de facilitare centrală. O altă organizare funcțională "intrinsecă", specifică pentru somn și copilărie, ar consta în hipersincronia activării celulelor corticale. Dezorganizarea trecătoare ar corespunde *tulburării* emoționale (emoția este văzută deci ca o perturbare adusă de stimularea senzorială), iar cea cronică ar corespunde nevrozei și psihozei. Invers, emoțiile plăcute ar corespunde la secvențe de faze de dezvoltare (organizare, sinteză).

Magda Arnold (1960) a propus o schemă anatomofiziologică bazată în mare măsură pe o fină analiză introspectivă și fenomenologică (în aceasta constă, de altfel, originalitatea ei *metodologică*). Emoția este definită ca tendința resimțită spre ceva care ne pare bun (sau plăcut, potrivit, dezirabil) sau de a ne *depărta* de ceva care ne pare rău (sau neplăcut, nepotrivit, indezirabil). Emoția este *trăită* ca o "tendință de acțiune". După concepția autoarei, sistemul limbic mediază aprecierea de "bun" sau "plăcut" (respectiv "rău" sau "neplăcut"), în timp ce hipocampusul ar iniția reamintirea – și astfel impulsul spre o acțiune particulară.

Un *pattern* sincronizat de impulsuri din cerebel este predat către talamusul central și lobul frontal. La sosirea impulsurilor în aria premotorie are loc experiența nevoii de a acționa și ea poate fi apreciată ca oportună sau inoportună, dacă e comparată cu acțiuni precedente rememorate. Mobilizarea generală spre acțiune are un acompaniament neurovegetativ, care reprezintă asigurarea condițiilor circulatorii, metabolice etc. Conexiunile piramidale par a media modificările autonome necesare pentru acțiuni discrete, în timp ce conexiunile extrapiramidale mediază modificările vegetative globale ale corpului, așa cum sunt și cele ale expresiei emoționale. Pe scurt, acțiunea este mediată de un releu care – de la ariile corticale senzoriale, ajunge la ariile corticale motorii, via structuri subcorticeale.

Efectele *lobotomiei prefrontale* includ o scădere a entuziasmului, a interesului general, dar și o pierdere a "atitudinii abstracte" – care poate fi concepută ca reprezentând inabilitatea de a imagina acțiunea potrivită. Reducerea și eliminarea anxietății înseamnă, mai

curând, suprimarea intensificării emoțiilor prin "adaosul" memoriei la aprecierea momentană. Orice pericol este judecat numai după propriul său merit, iar teama își pierde forța compulsivă care vine din obișnuință.

În ce privește *efectele distrugerii nucleilor talamici*, M. Arnold propune următoarea interpretare: leziunile nucleului dorsomedian previn "imaginația motorie", deci și dorința de a scăpa; cele ale nucleului anterior previn imaginarea acțiunilor sub semnul succesului și al insuccesului – deci și frământarea relativă la ceea ce este mai bine de făcut; cele ale porțiunilor mediale și anterioare ale nucleilor talamici ventrali, previn reactivarea memoriei motorii. Viața emoțională devine plată prin perturbarea capacității de a retrăi emoții trecute. Lipsa de inhibiție ar putea fi explicată prin întreruperea fibrelor care merg la girusul cingulat anterior: pacientul răspunde la oricare impuls, înainte de a-și da seama de oportunitatea răspunsului. Pacientul lobotomizat este mult mai "sensibil" la dureri minore (înepătură, ciupitură), deși rezistă mai bine la durerea viscerală înratabilă (de fapt, nu-și poate inhiba impulsul de a "fugi" de durere sau de alți stimuli nociceptivi). Cingulectomia și cingulotomia reduc agitația neuroticilor obsesivi, influențând comportamentul compulsiv și ritual, dar nu anxietatea. Agitația compulsivă se datorește probabil faptului că neuroticul *își privește* acțiunile ca fiind nesatisfăcătoare, imperfecte – și de aceea și le repetă mereu.

Acțiunea normală are un sfârșit; ea este "oprită" în situații ca: succes (atingerea țintei), surpriză, groază, relaxare etc. Decizia de a opri acțiunea sau de a nu o face este legată, probabil, tot de hipocampus.

După M. Arnold, unele efecte ale psihomedicamentelor pot fi interpretate ca rezultate ale tropismului particular pentru anumite zone ale sistemului estimativ. Tranchilizantele ar facilita circuitul memorial, normalizând imaginația. Când domină memoria, aprehensiunea e redusă, dar sunt reduse și impulsurile spre acțiune, entuziasmul și inițiativa. Barbituricele, clorpromazina și reserpina ar reduce imaginația. Meprobamatul ar crește eficiența sistemului estimativ, reducând "locul" nesiguranței sau aprehensiunii. Cât despre alcool, el

ar deprima configurația de "teamă", cât și pe cea de "mânie" din circuitul de acțiune, dar ar afecta transmisia colinergică mai mult decât cea adrenergică, iar transmisia în nervii noradrenalin-senzitivi, mai mult decât transmisia în cei stimulați de adrenalină. Tensiunea și resentimentul sunt abolite de către alcool, iar anxietatea este numai redusă.

*

Conșiderații *energetice* asupra vieții emoționale se întânesc în expunerile psihanalitice. În "modelul" *energetic* al *libido*-ului, acesta este capabil să folosească diferite canale de descărcare. Se pare că – cu cât crește intensitatea unui afect, cu atât mai labilă devine legătura sa cu structura motorie, permițând substituiri în procesul de consumare. Sporirea tensiunii afective, modificând cronaxia nervoasă, face ca destinderea să se poată efectua și prin intermediul altor echipamente motorii (V. Pavelcu).

Stări afective complexe

În paginile precedente nu am putut să insistăm *decât* asupra stărilor emoționale elementare, cu referire specială la *emoțiile-șoc*. Viața afectivă este însă foarte bogată, diferențiată, nu numai calitativ pe *profile*, ci și pe *nivele* ale personalității. Într-o lucrare introductivă în problematica psihologică a medicinei, nu ne putem ocupa pe larg decât de fenomenele care se repercută curent, evident și direct asupra sănătății bolnavului, de cele care alcătuiesc un substrat al legăturii sale cu medicul și (în treacăt) de cele a căror perturbare constituie un element de diagnostic.

Emotivitatea este un "fenomen psihosomatic". Ea are un caracter reacțional, legat de viața instinctivă (unii autori vorbesc despre "viața instinctivo-afectivă"). Se desfașoară sub semnul "solidarității organopsihice" fiind (E. Minkowski) prototipul reactivității pe *planul* organizării psihosomatice sau somatopsihice. *Hiperemotivitatea* este o stare constituțională paranormală, o "diateză temperamentală".

Sentimentalitatea este altceva decât emotivitatea; ca și aceasta, poate păcătui prin exces; ca și aceasta, este un sector de conflictualitate posibilă (pasiuni).

E. Minkowski propune să grupăm sub eticheta de *afectivitate* (*stricto sensu*), viața afectivă legată de interacțiunea interpersonală, de contactul interuman; poate "mai mult umană decât personală". Aici intră "afecțiunea" (nu *afectul*, dar ceea ce *mă afectează*) – și partea specifică a psihologiei "întâlnirii umane", a psihologiei lui "eu-tu" (M. Buber), a "psihologiei în doi" (*Wirheit*, L. Binswanger). Aceasta este, în mare măsură, viața intuitivo-afectivă (și nu viața instinctivo-afectivă), legată de căldura "omenescului". Nu se poate vorbi aici de *exces*, ci – frecvent – de deficiențe; de asemenea, se poate vorbi despre afectivitate "bună sau rea". Pentru E. Minkowski, acest plan este cel propriu-zis "antropologic". El observă că există hiperemotivi neafectuoși ca și schizoi (în care acest "contact" e deficitar) hiperestezici.

În aceeași categorie a vieții afective se integrează și capacitatea de a avea contact natural, direct, spontan – cu ambianța. "A simți" (*sentir*) înseamnă nu numai a avea simțuri și a avea simțăminte. Schizofrenicii înregistrează, știu, dar le lipsește acest contact natural; sintonicii (Bleuler), dimpotrivă, "vibrează" în raport cu ambianța. În sfera aceasta intră *anhedonia* descrisă de Ribot. Alienarea schizofrenică are și un revers: dacă ei sunt indiferenți și "reci" (după toate aparențele), nici afectivitatea lor (uneori exacerbată) nu are ecou în noi*.

Atitudinea bolnavului față de evenimente, față de boală, față de sine însuși etc. depinde de *ritmul* și de *mobilitatea* afectivității. Există inconsistenți și superficiali; există adevizi prin bradipsihie și prin temperament "epileptoid". Aceste atitudini depind, de asemenea, de *maturaja* vieții afective: există arierații afective și "puerillismul mental" (Dupré, 1930) – stare care nu ține de "marea psihiatrie". Există, în sfârșit, alterări ale afectivității prin epuizare, cum este anestezia (atonia, amortețea) afectivă a celor care au suferit mai mult în viață, a internaților din lagărele de exterminare etc.

* Psihiatria ne oferă exemple de paradoxale asocieri și disocieri în sectorul afectivității: de pildă forma dureroasă a schizofreniei (prin disociere sau disfuncție) care poate duce la sinucidere; anestezia dureroasă (prin inhibiție) a melancolicilor.

În încheiere menționăm că am putea considera patru emoții fundamentale cu corelatele lor mai complexe:

Emoție	Dispoziție (humor) rezultantă	Sentiment
Frică (spaimă, groază, teroare)	neliniște	timiditate, pudoare
Mânie	enervare	ură, dorință de răzbunare
Plăcere (bucurie)	veselie (euforie)	mulțumire
Neplăcere (chin)	tristețe	descurajare

“Instinctul”

Ce înseamnă “instinct”? Ce înseamnă “instinctiv”?

Credem că, pentru folosința psihologiei medicale, cuvântul de pulsione (corespunzător englezescului *drive* și germanului *Trieb*) are unele avantaje față de cuvântul *instinct*. Prin *pulsione* vom înțelege, în textul nostru, o forță dinamizatoare, eficace, o “pomire” care produce o serie de acte comportamentale în raport cu o situație exterioară sau cu un obiect exterior. Rădăcinile pulsionilor sunt dispoziții psihosomatice înăscute care fac din anumiți factori ai mediului, elemente de mare interes și de puternică valoare de influențare. Semnificația acestor excitanți externi depinde de starea interioară a organismului. Pulsunile determină acte de comportament îndreptate spre satisfacerea unor *nevoi* specifice.* Omul caută mijloace și căi adecvate pentru satisfacerea acestor nevoi, dar este capabil să decidă și asupra oportunității lor, având – până la un punct – capacitatea de a le accepta sau de a li se opune. Prin *instincte* vom înțelege o categorie de pulsuni, puse nemijlocit sau mijlocit în serviciul nevoilor biologice (*fiziologice*, adică referitoare la organism – dar și referitoare la *specie*), care se manifestă foarte asemănător la toți indivizii aceleiași

* Disciplina psihologică care studiază (prin anchete) nevoile este *chiologia* (Bize, I. M. Nestor).

specii, care sunt adaptate structurii corporale ca și condițiilor particulare de existență, care decurg *de la sine*, la momentul oportun – fără ca individul să “cunoască” finalitatea comportamentului său.

După unii cercetători contemporani, *viața instinctuală* a omului se caracterizează prin “acoperirea” ei de către activitatea conștientă, de către înțelegere și voință – ceea ce face ca ea să se manifeste, în stare pură, numai în sectoare foarte limitate (în unele mișcări expresive, de exemplu). K. Lorenz vorbește despre om ca despre o ființă cu “instincte reduse”.

Pulsunile și instinctele cele mai importante din punct de vedere fiziologic și biologic sunt sub dependența chimismului și biochimismului organismic. Setea și foamea sunt declanșate de modificări (perturbări) osmotice, ionice, glicemice etc. Sexualitatea este legată de hormonii gonadici. Această observație este foarte prețioasă pentru conturarea viziunii contemporane asupra personalității, viziune care pune accentul pe bazele sale biochimice (Murphy). Ea ne permite să înțelegem – pe baza aceleiași principiu – apariția unor “pulsuni” artificiale, dobândite, cum sunt toxicomaniile (*adicțiunea*).

Există o patologie a instinctelor și o patologie generată de desfășurarea nenaturală a vieții instinctive. Importanța ultimului capitol a fost exagerată de freudism.

Dacă comportamentul instinctual nu se desfășoară mai multă vreme, se observă coborârea valorii-prag pentru excitanții declanșatori, ca și a exigenței cu privire la specificitatea lor, astfel încât se poate ajunge la punerea în acțiune a lanțului de acte prin obiecte – surrogat. (În cazuri extreme, pulsionea poate declanșa comportamente “în gol”, în absența unui excitant exterior sesizabil). O “stază” a instinctualității prin nesatisfacere îndelungată se reflectă la nivel organismic printr-o stare generală de neliniște, care-i alterează comportamentul, împingându-l la manifestări de apetență (căutare). Asemenea fenomene se întâlnesc atât la animale, cât și la om. “Staza” instinctuală poate determina manifestări nevrotice. Spre deosebire însă de animale, omul are la dispoziție și capacitatea detensionării pulsionilor pe calea sublimării*.

* Sublimarea poate fi privită ca o expresie a *plasticității* instinctualității umane. Omul este capabil de ample satisfacții substitutive și de satisfacții *simbolice*.

Înclînările noastre instinctuale suferă o inhibiție și o dramatizare sub influența colectivității, putând fi adaptate ca atare de individ, sublimat sau reprimat. După H. Roger, prin socializare s-a ajuns:

- de la instinctul de apărare, la arta și știința războiului;
- de la instinctul alimentar - la arta culinară și la știința alimentației;
- de la instinctul genezic, la concepțiile idealizate ale amorului;
- de la instinctul gregar, la organizațiile sociale și la familia umană;
- de la instinctul de migrație (provenit din cel alimentar), la cuceriri și colonizări;
- de la instinctul jocului (care e primitiv o plăcere musculară), la jocurile intelectuale și la jocurile de noroc.

După cum se vede, instinctualitatea se leagă multiplu și pe neșimțite de valorile morale. Consecințele morale ale transformărilor și ale deviațiilor instinctelor - în sens negativ ("păcate") și în sens pozitiv (sublimări) s-ar putea sistematiza după șapte pulsuni fundamentale:

pulsunile	"păcat" (viciu)	sublimare morală
nutriție	lăcomie	cumpătate
activitate (apărare, joc, curiozitate etc.)	lene	activitate
posesivitate	avarție	abnegație
afirmare proprie	mândrie	modestie, umilință
sociabilitate	invidie	prietenie, iubirea aproapelui
agresivitate	mânie	răbdare, blândețe
sexualitate	desfrâu	puritate morală

* După P. Valéry, "les sept péchés capitaux sont les sept couleurs pures du spectre de l'âme du juste..."

Despre reflexele condiționate

S-a crezut inițial că reflexul condiționat este un *reflex* înăscut care a fost *condiționat*: cu alte cuvinte, condiționarea ar consta în faptul că, prin asociere cu un semnal S', reacția reflexă R ajunge să fie declanșată de S' și nu numai de excitantul (stimulul) S adecvat. S-a văzut însă că, de fapt, în general reacția obținută prin condiționare este R' ≠ R (diferită de R) deși, de multe ori, diferența este mică (sau asemănarea este mare). În general, R' cuprinde un complex de răspunsuri dintre care atenția fiziologului s-a îndreptat spre acele componente care seamănă cu R.

Faptul că pot fi condiționate ușor reflexele care au marcat un caracter afectiv l-a făcut pe Murphy să admită că, în condiționare, este vorba de incitarea unui proces de motivare printr-un stimul substitutiv din cauza stabilirii unei relații comportamentale între stimulul substitutiv și cel original. Răspunsul condiționat este un răspuns preparator sau anticipator al organelor care se pregătesc pentru o reducere a tensiunii; el este o pulsune redirecționată sau, în alți termeni, o redirecționare a motivelor.

Răspunsul condiționat se stinge (extincție) dacă stimulul substitutiv își pierde valoarea practică de semnalizare. Prin aceasta, condiționarea se deosebește de procesul numit (de P. Janet) *canalizare* și care constă în tendința de repetare a comportamentului care a dus la satisfacție.

În canalizare, contactul direct are loc cu obiectele care aduc satisfacție (comportamentul este *consumator*, după nomenclatura lui Sherrington), în timp ce în condiționare, contactul se face cu semnalele preparatoare.

Condiționarea poate fi *configurală*, adică răspunsurile sunt la configurații (*patterns*). Evaluarea rapidă, neanalizată a unei persoane sau a unei situații (care face parte din ceea ce numim *intuiție* - și care joacă un rol important în psihologia diagnosticului medical și a interacțiunii interumane din medicină) - poate fi datorită unei condiționări configurale.

Se mai disting: *adiența* (Holt), tendința de a persevera în ceea ce a constituit obiectul unei experiențe de viață; *compulsia de repetiție* (Freud); *familiarizarea* (Maslow) – tendința de a prefera stimulii care au fost anterior obiect al experienței; *autosusținerea activităților* (G. W. Allport) prin dobândirea unei autonomii funcționale față de sistemele antercedente etc. După Woodworth, orice activitate practică are o tendință intrinsecă de a deveni pornire: “orice mecanism poate deveni o pulsione”.

În neuropsihologia actuală, reacțiile condiționate se clasifică după cum urmează:

1. Reacții condiționate clasice (pavloviene), cum sunt cea salivară și alte reacții viscerale;

2. Condiționarea instrumentală (Konorski, 1928, Skinner, 1935), cu întărire pozitivă și întărire negativă. Termenul “instrumental” a fost propus de Hilgard și Marquis (1941), în timp ce Skinner preferă termenul de “operant”. În aceeași categorie intră condiționările defensive de scăpare (*échappement, escaping*) și de evitare.

3. Prin *legătură temporară* se înțelege o “asociere”, indiferent dacă există sau nu o reacție (ex. condiționări sensoriale sau electrocorticale).

*

Sugestibilitatea (care joacă un rol important în patologie și în terapeutică) poate fi definită ca aparținând răspunsurilor condiționate motorii la cuvinte și la gesturi. Un ordin care întâlnește îndoială, antipatie etc. nu este executat. Asemenea “atitudini negativiste” previn eficacitatea stimulilor condiționați, ca și alte cazuri de dominanță. Suggestibilitatea este mai mare la persoanele mai tinere și mai puțin inteligente (?); ea depinde larg de condiționarea în raport cu sursele de autoritate.

Rezistența la sugestie (“inversul sugestibilității”) poate fi numită *negativism*: apare în aspectele măsurabile la copilul de 8-10 luni, crește până la 2-3 ani, apoi scade – observându-se o recrudescență la pubertate. Copilul dobândește “obiceiuri de a ignora” și procedează adesea sfidând (prin opoziție cu ceea ce i se cere). În experimentul de

condiționare, se observă deseori un grup de subiecți care “condiționează” în direcție greșită: răspunzând, de exemplu, prin *scăderea* fluxului salivar, în condiții în care răspunsul majoritar (și așteptat) este *creșterea* acestui flux. Negativismul nu este un proces pasiv, ci *întărirea* (reactivarea) acelor configurații față de care interferența exterioară nu poate oferi obstacole; ca și în alte procese de dominanță, stimularea neadecvată produce o intensificare a răspunsului mai puternic. Trebuie să deosebim *răspunsurile negativiste* de *personalitatea negativistă*. Negativismul nu este tot una cu *încăpățănarea* care însemnează rezistență aparent nemotivată (altfel decât prin amor propriu) față de influențarea exogenă a actelor de comportament. El diferă, de asemenea, de perseverarea prin inerție, automatism, prejudecată etc.

Multe reacții organismice și personale decurg sub chipul asocierii unui răspuns “imitativ” și al unei riposte “simetrice”. Un factor nociv întâlnește reacții care favorizează acțiunea sa și riposte care se opun aproape punct cu punct. Această “viziune ipotetică” ar explica fenomene paradoxale cum ar fi refluxul condiționat patologic, condiționarea: efectului medicamentos, unele efecte homeopatice (“cui pe cui se scoate”) etc. Negativismul ar putea fi privit și din acest punct de vedere.

Polaritatea “sugestibilitate-negativism” poate explica de ce distribuția statistică a multor răspunsuri în testele de sugestibilitate nu este “normală” (gaussiană). Ori de câte ori situația nu este *impersonală*, ori de câte ori experimentativul permite apariția unor atitudini de opoziție față de sine – se obține o bimodalitate netă. Cele două moduri exprimă complianța extremă și rezistența marcată.

Imitația este și ea o problemă de condiționare; mecanismul ei pare a fi bazat pe un “răspuns circular” care leagă stimulul, răspunsul și percepția. Imitația “mecanică” se observă în oboseala extremă și în unele condiții neurologice (ecolalie, ecopraxie); asemenea “*ecouri*” pot fi obținute de hipnotizatori prin grija de a elimina interferențele exogene. Imitarea deliberată este un proces mai complex, care implică percepția detaliilor, integrarea mișcărilor, finalitate*.

* După cum se știe, rolul imitației în viața psihologică a fost analizată de Baldwin, iar în cea socială de către G. Tarde. Lucrări mai apropiate se datoresc lui P. Guillaume (1955). Comportarea imitativă este foarte dezvoltată la unele primare (de unde cuvântul “*mainușăreală*”) și a avut importanța sa în “umanizarea” prehominelor.

Și *simpatia*, considerată la nivelul ei cel mai primitiv, poate fi privită ca o manifestare a condiționării (Humphrey). Dacă mi-am ars mâna la o flacăra, mă îngrozește și vederea altei mâini care se apropie de flacăra. Aceste răspunsuri primitive sunt întărite de atitudinile de *identificare*, și inhibitate de atitudinile de izolare și ostilitate. Analiza tipurilor complexe de simpatie necesită apelul la conceptele de *empatie* și de *participare*. *Empatie* înseamnă "a te pune în locul altuia", fie că e vorba de o persoană sau de un lucru. Termenul a fost creat de către esteticieni (Th. Lipps: *Einfühlung*). Este o formă a expansiunii eului (W. James). Identificarea are o mai mare componentă de atitudine activă atunci când individul își imaginează că joacă "rolul" altcuiva, sau un anumit rol. *Participarea* se leagă, pe de o parte, de faza de dezvoltare ontogenetică a personalității, caracterizată prin "indisocierea" (între eu și non-eu) (Piaget); pe de altă parte – de gândirea magică.

Factorii psihici în dinamica sănătății și a bolii (II)

Considerații istorice

Unitatea omului sub cele două aspecte – psihic și somatic – este o concepție veche devenită însă nouă prin tehnicile de investigare și prin aplicațiile terapeutice. Mulți dintre medicii antichității afirmau unitatea somatopsihică, inclusiv influențele reciproce dintre psihic și somatic. Astfel, Erasistrate, luând pulsul lui Antiochus și notând accelerarea sa la sosirea Stratoniceiei, a descoperit, așa cum spunea Parrot, că "febra de care acest prinț era cuprins, recunoștea drept unică cauză dragostea fără speranță pe care frumoasa regină i-o inspirase". Unele rânduri ale lui Platon indică existența viziunii psihosomatice la medicii traci.

Dualismul de întinsă circulație în cultura europeană a ultimelor milenii este un "dar al grecilor", de mare răsunet, dar și foarte problematic ca întemeiere și ca oportunitate (E. R. Dodds, 1965). Atitudinea medicilor antichității n-a fost unitară în această privință. Unii deosebeau boli care sunt *numai* ale sufletului (psihoze); o idee foarte răspândită era aceea după care stările afective intense erau boli sufletești. Filozofii antici (și nu numai cei antici!) se considerau ca *terapeuți ai sufletului*, deseori într-o oarecare concurență cu medicii. În *Corpul hipocratic*, unitatea corp-suflet este "de la sine înțeleasă", sectorul sufletească aparține domeniului de competență și de obligații al medicului fără să se dea prevalență somei; boala atinge corpul și sufletul. În etica stoică (Zenon din Kition, pe la 300 î.e.n.) sănătatea

nu este privită ca un bun *adevărat*, ci ca un *adiaforon*, o stare lipsită de valoare morală. Pe această linie s-a ajuns la deprecierea corpului și la opunerea unei "sănătăți a sufletului" față de "sănătatea corpului" (sau față de *sănătatea pur și simplu*, văzută ca un fenomen pur somatic). Este greu să știm dacă folosirea de către Asclepiades din Bitinia (sec. I e.n.) a unor mijloace orientate *somatic* pentru tratamentul bolilor *psihice* nu este, în mare măsură, o reacțiune față de stoicism.

Stoicismul a influențat gândirea lui Aretu (sec. I e.n.). Contrar concepției hipocratice și a lui Asclepiades, înclinat să sublinieze linia *somatopsihică* a interacțiunii (boala mentală era privită ca un reflex al alterării trupului), Aretu admitea că unele boli grave duc la o "purificare" a sufletului și la dobândirea, de către acesta, a unor capacități extraordinare.

Pentru marele Galen, forțele sufletului sunt o consecință a mixturilor umorale, iar sufletul poate fi influențat prin dietetică corporală; răspuns "tipic medical" la dualism, cu accentuarea sensului somatopsihic.

Creștinismul a dus, în repetate rânduri, la o pierdere de prestigiu a trupului (și, implicit, a medicinei). Deși Isus Hristos ne este prezentat nu numai ca un mântuitor al sufletului, ci și ca un vindecător al trupului, vindecând prin *cuvânt* – primii apostoli și propagatori, chiar dintre cei cu pregătire medicală (ca evangelistul Luca) s-au preocupat exclusiv de viața morală. Restabilirea medicinei în cadrul creștinismului timpuriu pornește de la teza după care și trupul este o operă divină și el este conținătorul sufletului, deci persistența sa este "îndreptățită". Oricum, "dualismul" este statornic și el își găsește o expresie filosofică categorică mai târziu, la Descartes.

Se cunoaște *dublul efect* al filosofiei cartesiene asupra dezvoltării fiziologiei și medicinei. Aici reținem impulsul dat cercetărilor în spirit materialist și interpretărilor mecaniciste. Dacă Descartes admite atât influențe psihosomate, cât și influențe somatopsihice (el preconiza o ameliorare *morală* a omului cu ajutorul medicinei), urmașii săi au eliminat, puțin câte puțin, orice idee a intervenției psihicului în "mecanismele" fiziologiei și ale bolii. Acesta este spiritul care a

devenit din ce în ce mai puternic odată cu progresele științelor biologice, ale anatomiei și anatomiei patologice, ale fiziologiei și ale biochimiei; spiritul care a pregătit, de exemplu, succesul interpretărilor *localiciste* (patologia de organ, patologia celulară).

Ar fi greșit însă să credem că în tot acest timp medicina clinică a uitat de tradițiile hipocratice. După cum vom vedea la momentul oportun, pentru unele boli – cum ar fi cancerul – intervenția factorilor psihici în etiologie a fost *permanent* luată în considerare începând din antichitate. Începând de la sfârșitul secolului al XVIII-lea, această idee a îmbrăcat o haină materialistă în diferitele doctrine *nerviste* (ca aceea a lui Brown, a lui Prochaska etc.). Mentalitatea medicinei "scientiste", progresiv biologizantă, fundamentată puternic pe experimentul animal și pe teoria celulară, a neglijat însă treptat discutarea factorilor psihici în etiologia (patokineză), patogenie și patoplastie. "Reverimentul" a început pe linie doctrinară, odată cu elaborarea psihanalizei. Aproximativ *științifică* de linia tradițională a fost marcată de etapa *patologiei funcționale* (Krehl, von Bergmann, Siebeck, Leriche etc.) și de lucrările privitoare la corelațiile cerebroviscerale ale școlii lui I. P. Pavlov.

Tratatele clasice din primele decenii ale secolului al XX-lea acordă un loc minim aspectelor psihice în etiologie și simptomatologie. Pe de altă parte, cultura de specialitate pe care o capătă viitorul medic în universitate include prea puține noțiuni din așa-zisele științe umaniste. De aici, prejudecata despărțirii între afecțiuni psihice și afecțiuni somatice, ignorarea sau viziunea simplistă privitoare la influențele neuropsihice asupra organelor, deprecierea investigațiilor în acest sector, ca și a psihoterapiei.

Ideea de bază a orientărilor corticoviscerale și psihosomatice este *integralitatea* persoanei umane. Boala nu este ceva "despărțit" de organism, "aplicat" pe acesta, ci o modalitate reacțională a organismului, în raport cu acțiunea unui agent dezechilibrant. Orice agent perturbator se adresează întregului organism, chiar dacă manifestarea bolii este locală; boala care apare în sectorul psihic are răsunet visceral, iar boala aparent "strict somatică" are implicații și repercursiuni psihice, ascunse sau nu. Omul "răspunde" în *totalitate*.

Vom dezbate mai întâi influența "psihicului" asupra "somei" în determinarea unor boli, pe planul explicației fiziologice, neurodinamice.

Aspectul corticovisceral (cerebrovisceral)

Tulburarea unei funcții poate fi expresia leziunii unui organ; dar perturbațiile funcționale pot să nu se întovărășească de nici o leziune organică decelabilă, iar prin repetarea acestor tulburări funcționale pot apare alterații anatomice care devin cu timpul ireversibile, cum ar fi, de exemplu, spasmul generator de ischemie, care poate duce la gangrenă. În epoca actuală, începe să pară din ce în ce mai "naturală" ideea după care leziunile organelor nu sunt expresia unor alterații primitive și autonome, ci – de multe ori – o consecință a tulburărilor sistemelor reglatoare.

A recunoaște la originea tulburărilor funcționale sau organice o dereglare neurovegetativă înseamnă a admite neurogeneza lor. În acest sens, tulburări ale "activității nervoase superioare" au fost puse în evidență în antecedentele a numeroase cazuri de boli viscerale.

I. P. Pavlov înțelegea prin termenul de "activitate nervoasă superioară" unitatea dintre psihic și fiziologic, dintre subiectiv și obiectiv, care își găsește expresia în reflexele condiționate, în activitatea cerebrală și în toate reacțiile cerebrale complexe la influențele mediului extern și intern al organismului.

Toate stările de conștiință au probabil o *expresie* organică (nu numai un *mecanism* neurocerebral), iar emoțiile se întovărășesc de modificări ale circulației (prin intermediul nervilor vasomotori și a glandelor endocrine), ale secreției și peristaltismului digestiv, ale diurezei, ale glandelor etc. Repercusiunile asupra umorilor sunt atât de masive încât expresia "a-ți face sânge rău" este literalmente exactă. O emoție repetată, un sentiment de durată (invidia, frica, ura) pot să provoace adevărate boli. Grijile afectează considerabil sănătatea, iar oamenii nu știu (sau nu pot) să se apere împotriva lor, mor tineri.

Cercetând pe animale, cu o tehnică experimentală riguroasă, I. P. Pavlov și școala sa (K. M. Bîkov) au arătat strânsele legături dintre modificările din scoarța cerebrală și funcționarea organelor interne.

Totodată, activitatea viscerelor se repercutează asupra scoarței cerebrale, care are o reprezentare *constantă* a funcționării organelor

interne. Există, de asemenea, importante reflexe visceroviscerale, pornind din organe lezate.

O supraîncordare nervoasă, creată prin tendința de a realiza reflexe condiționate prea complexe sau prea des repetate, pe o scoarță slabă (sau slăbită) poate provoca apariția unor *tulburări nevrotice*. Activitatea reflex-condiționată, care leagă focarele de excitație corticală de viscere, devine dezordonată și neadekvată bunei echilibrări a organismului, ducând la *nevroze corticoviscerale*. Prin prelungirea tulburării, ele pot să ia aspectul unui stereotip funcțional patologic sistematizat. Petrova, Usievici, Kupalov ș.a. au adus exemple ilustrative în acest sens, iar în Statele Unite aceste cercetări au fost confirmate de W. Horsley Grant.

După Bîkov și Kurțin, *dereglarea* activității corticale determină *activitatea haotică* a centrilor vegetativi subcorticali pe care, în mod curent, îi controlează scoarța. Această ipoteză conectează nervismul pavlovist de numeroasele lucrări clinice și experimentale occidentale, consacrate diencefalului. O altă modalitate de reglare a patologiei corticoviscerale este *reflexul condiționat patologic* care "inversează" rolul de apărare al scoarței față de noxe (Dolin). Nu trebuie să uităm că orice "slăbire" a scoarței înseamnă un deficit al instanței defensive supreme, astfel încât *astenuizarea* scoarței cerebrale poate fi factorul hotărâtor într-o serie de boli "prodate" prin "noxe externe".

Este ușor de văzut că oricare din aceste condiții se poate realiza și la om. Ele sunt furnizate curent de către condițiile trespandante ale vieții moderne, de surmenaj, de șocurile afective. Femeia posedă, din acest punct de vedere, o sensibilitate particulară care explică predispoziția ei la nevroze corticoviscerale.

Trebuie remarcat că tulburările psihoafective care pun în joc mecanismele emoției (trecute în revistă în alt capitol) sunt desigur mult mai nocive, pentru că releurile emoției favorizează orientarea către somă a influențelor corticale.

De fapt (după cum subliniază Delay), emoția inhibată, care nu se întovărășește de descărcarea prin gesturi și gesticulații, produce un aflix de iritații interne care creează o stare de tensiune permanentă. De aceea, emotivii inhibați sunt mai predispuși la tulburări cortico-

viscerale. Cu cât o emoție se manifestă mai puțin în afară, cu atât este în interior mai perturbatoare, periclitând sănătatea.

Se pot enumera, la om, o serie de factori patogenetici, la care ar fi interesant de descifrat unul sau mai multe mecanisme fundamentale de dereglare (sunt mai mult de zece) descrise la animal: emoții negative (frica, mânia); sentimente variate, ca trufia (*la maladie de l'orqueil*), invidia, ura, gelozia, ținând de acea "patologie a inimii" pe care a schițat-o Maurice de Fleury; apoi tristețea, temerea de boală, sentimentele morale (remușcări, sentimente de culpabilitate), sentimente intelectuale (cunoașterea răului și reprezentarea sa mentală), tulburări ale voinței ("boli prin carența voinței"). Ele survin deseori pe un fond de tensiune psihologică permanentă (surmenaj permanent fizic și psihic, impresie de viață ratată, ambiții dezamăgite, umilinți continui conjugale, anumite profesii care creează o stare de tensiune nervoasă, acțiunea de constrângere din partea altor oameni, neliniștile existenței). La femei se adaugă (ca sursă de enervare și insomnie) grijile menajului, educarea copiilor, un *libido* nesatisfăcut etc. Ele pot fi declanșate brusc, alcătuind adevărate șocuri psihice afective sau pot fi produse prin reprezentarea imaginativă a stării afective sau morale.

De asemenea, trebuie subliniată aici (dar nu numai aici), importanța *cuvântului* în determinarea, accentuarea și evoluția unor boli. În adevăr, funcția cuvântului constituie pentru Pavlov elementul esențial al perfecționării corticalității umane, limbajul formând o a doua categorie de semnale – *semnale ale semnalelor*, "al doilea sistem de semnalizare". Această nouă sursă de semnale este, ca și celelalte, susceptibilă de a antrena o activitate reflex condiționată, cu repercusiuni asupra funcției viscerelor atât în starea fiziologică, cât și în starea patologică.

În lumina acestor considerente, capătă o explicație fiziologică numeroase fapte de mult cunoscute, care dovedesc influența psihicului și a sugestiei prin grai asupra desfășurării proceselor fiziologice și evoluției proceselor patologice ale organelor interne. În legătură cu această problemă, vom reveni la subcapitolul despre iatrogenii. Un cuvânt nepotrivit, spus din greșală sau din lipsă de tact în prezența

bolnavului sau adresat direct acestuia, poate duce la tulburări grave, nu numai psihice – și foarte rebele la tratamentele obișnuite.

Așadar, traducerea în patologie a tulburărilor activității nervoase superioare poate depăși planul psihic, repercutându-se asupra organelor interne *via* hipotalamus, utilizând apoi mai multe căi, printre care trei sunt mai importante: calea endocrină, cea neurovegetativă și cea imunitară.

Oricare ar fi importanța cortexului în organizarea și dezorganizarea reflexelor condiționate, orice reacție emoțională implică o participare bazilară. Din acest punct de vedere, ar fi mai just să vorbim de o *patologie cerebroviscerală* și de *sindroame cerebroviscerale*. Problema relațiilor dintre cortex și bază, problema circuitelor corticobazilare apare ca fiind "problema centrală a psihofiziologiei" actuale (Delay).

O problemă teoretică și practică importantă este următoarea: de ce după o traumatizare psihică aparent analoagă (de ex. cataclisme, bombardamente etc.) unele persoane prezintă perturbări și altele nu? Legată de aceasta, se pune întrebarea: de ce manifestările morbide se localizează diferit după subiecți, la nivelul unuia sau altuia dintre organe (la unele persoane apare boala ulceroasă, la altele hipertensiunea arterială, la altele o boală Basedow)?

Patogenă nu este numai emoția, ci și tulburarea reacțională (teren, temperament) în anumite condiții de mediu. Este greșit să se opună argumente care subliniază evenimentul drept creator de tulburări (emoție patogenă) argumentelor care accentuează rolul constituției (pre)morbide, "revelată" de eveniment. Nu există "evenimente" pure – ele sunt toate și totdeauna articulate cu un context istorico-social și, cu atât mai mult, nu există subiect "izolat" cu "constituția sa morbidă" imuabilă. "Situațiile patologice" sunt confruntarea unei persoane, în ansamblul biologic și social respectiv, cu *evenimentul*, aspect care capătă *semnificație* în raport cu *subiectul* el însuși, cu istoria și cu relațiile sale. Numai o analiză detaliată cu privire la *persoană* – în *situație* – în *mediul său*, poate să confere o valoare psihopatologică evenimentelor care declanșează, revelează, favorizează tulburarea psihică, cu repercusiunile sale somatice.

Pentru localizările variabile ale unei tulburări neuropsihice pe unul sau altul din organe, există mai multe explicații posibile (care nu se exclud reciproc). S-a invocat starea constituțională: organele unui individ nu au aceeași valoare funcțională și nici o aceeași rezistență; sunt afectate în primul rând, atât după traume psihice cât și după intervenția altor noxe, organele cu rezistență mai mică (meiopragie funcțională).

Poate interveni și coincidența traumei psihice cu o anumită afecțiune organică; sau un reflex condiționat anterior stabilit asociază un anumit ordin de conflicte emoționale la un anumit ordin de simptome somatice. În unele cazuri, ar fi suficientă coincidența traumei psihice cu o stare funcțională fiziologică deosebită a unui organ (K. Hansen): o veste neplăcută în timpul mesei, poate provoca tulburări persistente de deglutiție. În alte cazuri, tulburările funcționale din partea organului respectiv sunt cele ce însoțesc în mod "fiziologic" anumite traume psihice, ca palpitațiile și tahicardia din cauza fricii sau a unei tensiuni de așteptare.

*

În general, pentru a face diagnosticul de afecțiune cerebroviscerală, trebuie să avem în vedere:

1. Trăsăturile temperamentale și caracteriale particulare, eventual deosebite în antecedentele bolnavului (și, eventual, tulburările nevrotice).

2. Condiții de ambianță particulară în trecutul bolnavului, constituind o stimulare psihoemoțională anormală (șocuri: traume, situații conflictuale = drame), care au dus la sensibilizarea sau la epuizarea sistemului nervos.

3. Relații cauzale, genetice, de coincidență între afecțiunea prezentă și anumite traume psiho-emoționale, în special în epoci sau în perioade cruciale de viață (pubertate, mariaj, nașteri, climacteriu etc.).

4. Modalitatea reacțională deosebită a individului (constituție somatoendocrină, tip de sistem nervos, trăsături neurotice sau tulburări caracteriale), anumite stări psihologice momentane anormale (excitație, depresiune, anxietate, euforie etc.), pe care trauma afectivă poate mai ușor declanșa tulburările morbide.

5. Reducerea tulburărilor printr-o terapie medicamentoasă adresată sistemului nervos (central, mai ales), prin îndepărtarea (când se poate) a factorului *psihoafectiv perturbator*, prin psihoterapie.

Ni se pare oportun să insistăm asupra ultimului punct. Într-adevăr, dacă este adevărat că sistemul nervos domină fiziologic, el trebuie (după cum spune P. Bonnier) să orienteze și terapia.

În tratamentul bolilor în general (și al celor corticoviscerale în special), va trebui să știm, în primul rând, ce este condiționat și ce este necondiționat în influențele nocive și, în al doilea rând, să înțelegem ce fel de mecanisme nervoase patogenice avem în față, să știm dacă predomină cele de natură corticală sau cele de natură subcorticală.

În tratament, vom avea de luat în considerare reglarea farmacologică a mobilității și interacțiunii proceselor corticale, precum și reglarea interacțiunii dintre scoarță și regiunile subcorticeale. Terapia pentru sistemul nervos va completa o terapie adresată repercusiunii viscereale.

Pentru reechilibrarea sistemului nervos vom utiliza:

- a) o terapie stimulantă, deprimantă sau de protecție (hibernație artificială, somn prelungit, electronarcoză);
- b) restructurarea conexiunilor temporare (prin șocuri);
- c) o terapie condiționată asociativă, în care, asociind de mai multe ori un mijloc curativ cu un excitant indiferent, transformăm pe această cale excitantul indiferent într-un excitant condiționat cu efect terapeutic. Astfel, de pildă, asociind lumina unui bec verde cu un soporic oarecare, obținem somnul numai prin luminarea camerei cu o lumină verde; sau, provocând de mai multe ori la rând o hipoglicemie insulinică prin injecții, o obținem mai târziu (în mai mică măsură, totuși) injectând ser fiziologic (experiențe ale lui Povorski, Strokina ș.a.);
- d) medicamente hormonale care, în afară de acțiunea lor specifică, au importanță și în echilibrarea sistemului nervos;
- e) psihoterapia – având ca mecanism esențial *decon condiționarea* și crearea de "reflexe imaginative" favorabile vindecării (*recondiționare*). Acest rezultat se obține prin redarea încrederii, prin susținere morală, ca și prin utilizarea sugestiei, autosugestiei, hipnozei, relaxării etc.

Aspectul viscerocortical (viscerocerebral)

Faptul că somaticul are o mare influență asupra psihicului este bine cunoscut. În explicarea acestei influențe trebuie să se țină seama mai întâi de accesul la creier a semnalelor interoceptive în cursul stărilor normale și patologice ale organismului.

Nenumăratele experiențe ale lui Bîkov și ale școlii sale constituie un material prețios pentru înțelegerea tulburărilor care apar în scoarța cerebrală și centrul subiacenți prin tulburarea interoceptiei.

Scoarța analizează și compară în mod permanent impulsurile interoceptive care îi vin. În cazul alterării patologice a acestor impulsuri, de exemplu la unii bolnavi care au suferit timp îndelungat de boală ulceroasă, se poate constata mult timp după excluderea sursei permanente de semnalizare (ulcerul) existența unor simptome de afecțiune gastrică, datorită reacțiilor vestigiale din scoarța cerebrală la reflexul condiționat interoceptor, format anterior și fixat. Este de presupus că și unele forme dureroase, observate la bolnavi după apendicectomie, colecistectomie, unele dureri fantomă la cei cu bonturi după amputații etc. intră în aceeași categorie. De asemenea, nu este exclus ca în anumite tulburări de tipul stărilor ipohondrice să se afle un reflex condiționat interoceptor patologic fixat.

În această ordine de idei, menționăm *corticalizarea* unor boli organice, în special cronicе. Se realizează o serie de legături viscerocorticale patologic fixate, în care, chiar dacă aspectele lezionale și funcționale ale viscerului se reduc prin tratament viscerotrop, rămâne polul cortical care – păstrându-se într-o stare parabolică – nu permite o vindecare completă.

Dar alterațiunile organice pot duce la tulburări neuropsihice și pe alte căi: fie prin substanțe toxice produse de organe în suferință, fie prin substanțe hormonale care modifică activitatea nervoasă superioară (în această categorie intră excitabilitatea și labilitatea psihică a hipertiroidienilor, apatia hipotiroidienilor, agresivitatea hipercortico-suprarenalienilor, depresiunea și indiferența addisonienilor, iritabilitatea hipoparatiroidienilor etc.)

Influența profundă a somaticului asupra psihicului a generat vechiul dicton *mens sana in corpore sano*. Iar Descartes remarcă: "Spiritul depinde atât de mult de temperament și de dispoziția organelor corpului, încât dacă este posibil să se găsească vreun mijloc care să facă pe oameni mai înțelepți și mai destoinici decât au fost până acum, eu cred că acest mijloc trebuie căutat în medicină".

Între elementul somatic și cel neuropsihic există treceri și aspecte intricate încât, dacă tulburări ale activității organelor interne pot surveni în urma influenței scoarței, ulterior organul modificat patologic devine la rândul său o sursă de noi impulsuri care diferă calitativ de cele anterioare, impulsuri care sosesc în mod continuu sau discontinuu la creier și modifică starea funcțională atât la nivelul scoarței, cât și la nivelul centrilor subcorticali.

Recunoașterea unei afecțiuni primitiv organice nu înseamnă de aceea renunțarea la considerațiile cerebroviscerale cu corolarele lor practice. Afecțiunea modifică reactivitatea cerebrală la factori afectogeni. Afecțiunea organică poate să accentueze anxietăți, temeri, obsesii.

O problemă fundamentală care trebuie lămurită este a relațiilor organicului cu funcționalul.

Mai întâi (și acest lucru trebuie subliniat cu insistență), termenul "funcțional" trebuie aplicat *nu prin excluderea bolii organice*, ci prin constatarea unor caracteristici proprii. Punem în gardă, de asemenea, împotriva frecvenței confuzii dintre "funcțional" și "subiectiv". Altădată, neurologii și psihiatrii confundau simptomul "funcțional" cu simptomul isteric sau chiar cu simularea.

În al doilea rând, tulburarea funcțională poate fi datorită atât alterației organice, cât și tulburării neuropsihice, după schema: **tulburare neuropsihică → tulburare funcțională → alterare organică**.

În al treilea rând, foarte frecvent avem de-a face cu o intricare de organic și funcțional, iar afirmația "numai organic" sau "numai funcțional", ca și alternativa "somatic" sau "psihic", este principal

* Rezerve la acest aforism le aducem pe parcursul întregii lucrări. Nu e mai puțin adevărat însă că dictonul are un "voluminos sâmbure de adevăr".

eronată. Aceasta cu atât mai mult cu cât întâlnim și oscilații între aspectul visceral și cel cortical, între cel somatic și cel psihic, pe care le-am denumit *alternanțe corticoviscerale* (Athanasiu, 1958), înțelegând prin aceasta înlocuirea unei manifestări viscerale prin una psihică și invers*.

Cu altă coloratură și alte explicații, ele au fost descrise încă mai demult sub numele de "balansări psihosomatice" (Mathey, 1938).

De asemenea, mai trebuie să atragem atenția: 1) asupra perioadei de *incubație* pe care o pot avea și bolile psihice, psihosomatice sau corticoviscerale; 2) asupra debutului psihic al unor boli somatice (unele din manifestările prodromice ale hepatitei icterigene, ale bolii Pfeiffer, ale tuberculozei pulmonare, ale encefalitelor etc.) – cât și asupra debutului somatic al unor boli psihice. Psihicul are, așadar, "roluri" considerabile în afecțiunile somatice, fie determinându-le apariția (afecțiuni "corticoviscerale" propriu-zise), fie modificându-le evoluția, fie suferind repercusiuni.

Nervismul cuprinzător este cel care, admițând posibilitatea intervenției corticale, este atent și la ceea ce depinde de diencefal, de etajele superioare ale nevraxului și chiar de reflexe și de iritații locale. În cadrul unui astfel de nervism își găsește loc nu numai psihogeneza și psihoterapia, dar și acupunctura, stimuloterapia cutanată, reflexoterapia lui G. Bonnier, tehnicile yoga etc.

Dezideratul lui I. P. Pavlov (1935) de a "traduce psihogeneza și simptomatologia în limbaj fiziologic" este încă departe de a fi realizat. Așa cum menționăm și cu alte ocazii, *caracterele specifice* ale acelei modalități (sau ale aceluia sector) al activității cerebrale care se manifestă ca viață psihică se cer luate în considerare în practica medicală de fiecare zi. Din punctul de vedere al *medicinii antropologice*, este necesar deseori să se pună accentul pe ceea ce le *deosebește*. De

* Un caz personal edificator este următorul: o bolnavă, în urma unei traume psihice, face o nevroză; după un timp apare un astm. Odată cu apariția astmului dispăre nevroză, ca după vindecarea acestuia din urmă să apară tulburările psihice. Acest fel de fenomene nu sunt rare în literatura medicală. Este recomandabil să vorbim despre "coeficient nevrotic", într-un caz sau în altul.

aceea, explicațiile corticoviscerale sunt mai "sărace" în conținut, mai puțin individualizate, mai puțin *specifice* decât interpretările zise "psihosomatice". Pe neurofiziolog îl interesează conexiunea și categoria funcțională, pe psihosomatician îl interesează conținutul trăirii sufletești, nu numai etichetarea ei. Psihosomatica este, de aceea, mai vie, mai colorată, mai fascinantă, mai familiară. Dar medicinii cerebroviscerale (cerebrosomatice) îi revine sarcina să dezvăluie relațiile cauzale pe care se întemeiază viața psihică, inclusiv interacțiunile sale cu viața vegetativă. De cunoașterea acestor relații *cauzale* nu ne putem dispensa, dacă vrem să progresăm în *stăpânirea* vieții psihice.

Medicina psihosomatică

Medicina psihosomatică este o orientare relativ nouă. Ea studiază aspecte ale patologiei generale în relație cu viața psihică conștientă și – mai ales – cu cea inconștientă. Aceste relații sunt complexe și încă insuficient de clare; de aceea, medicina psihosomatică are nu numai adepți, ci și numeroși critici. Ar trebui să distingem, cel puțin, trei accepțiuni ale acestor orientări a medicinii moderne (Ey, Bernard și Brisset):

1. Mai întâi, tendința de a înțelege datele unei situații patologice ținând seama de unitatea somatopsihică a organismului. Ea are o valabilitate cu totul generală și incontestabilă în științele despre om.
2. Termenul de psihosomatic se mai aplică pentru a desemna un simptom sau un sindrom funcțional în care se regăsește în același timp, într-o unitate patologică, o expresie fiziologică și o expresie psihologică *manifest coordonate*. Este vorba, de exemplu, de simptome sau de tulburări "fizice", care sunt expresia directă a unor emoții. Acestea sunt *simptome psihosomatice elementare*, cum ar fi un spasm, un vertij, o stare acută de greață și care intră totodată în domeniul patologiei generale (semne funcționale) sau al psihiatriei (angoase, isterie).

3. Un al treilea aspect exprimă într-un mod particular și prevalent reacțiile unui subiect la condițiile de viață: este vorba de adevărate *habitus*-uri patologice de lungă durată sau ciclice, adevărate "boli" (astm, hipertensiune etc.) legate de un profil particular al persoanei. Acest ultim grup de fapte sunt "veritabilele" afecțiuni psihosomatice (afecțiuni psihosomatice "propriu-zise") constituind ceea ce unei numesc *nevrozele de organ*.

Dacă "înțelegerea" largă a psihosomaticii o face aplicabilă teoretic la orice boală umană, ea este în special necesară pentru o serie de afecțiuni determinate, cu manifestări somatice evidente, dar accesibile în primul rând (sau aproape numai) psihoterapiei. În aceste boli, fondul afectiv este puternic implicat, fără a găsi în el o "cauză" în sensul clasic (mecanicist) al cuvântului: "corp" și "suflet" nu sunt două manifestări (sau laturi, sau zone) separate, cu interacțiune reciprocă, ale naturii umane. *Fenomenul om* (omul concret, *existența* umană), numai prin speculație teoretică, ne apare "scindat" în "corp" și "suflet". Termenii de psihogenie, somatogenie și corelație psihofizică pot crea confuzii, dacă nu sunt înțeleși și "mânuiți" adecvat. În loc de a considera că simptomele isterice sunt o "conversiune" a unui conținut psihic într-o manifestare fizică, sau că nevroza organică este un simptom întovărășind afecte refulate, trebuie să admitem pur și simplu că bolnavul își "materializează" posibilitatea de a fi fie în simptomul isteric, fie (parțial) în nevroza organică. În primul caz, raporturile cu lumea exterioară sunt mai puternice decât în al doilea caz. În isterie, omul își manifestă boala prin *gesturi*, în timp ce în nevroza organică factorul propriu-zis uman este mai disimulat, mai "camuflat", deși nu lipsește niciodată.

Medicina psihosomatică a studiat mai întâi răsunetul patologic al stărilor afective sub forma unei proiecții în organic a reacțiilor psihologice. S-a admis că alegerea organului sau a funcției depinde de emoția în cauză; astfel, agresiunea și mânia, reprimată, provoacă o stare de excitație a sistemului muscular și circulator și o hiperfuncție a glandelor tiroidă și suprarenală (normal implicate în accesele de mânie); de aici, apariția unor contracții musculare mai mult sau mai puțin dureroase, palpitații cardiace, hipertensiune, iritabilitate, hiper-

glicemie. Dacă, dimpotrivă, individul încearcă să rezolve situația nu prin atac, ci printr-o reacție de chemare în ajutor, organele care devin cele mai sensibile sunt acelea care concurează la funcțiile de achiziție, de întreținere și de transmitere a vieții, adică organele digestive, respiratorii și sexuale. Avem atunci spasme și dureri digestive, reacții disproporționale de foame, ulcerări digestive, oboseală, crize de astm, impotență și frigiditate. La un individ dat, reacțiile de mânie sau de chemare în ajutor, de luptă sau de fugă, pot interveni succesiv sau combinat, chemându-se unele pe altele: mânia reprimată, gestul ostil care nu s-a putut executa antrenează mai întâi manifestările spasmodice active pe care le-am menționat; dar ele determină, în plus, pe plan psihic, o reacție de culpabilitate. Progresând în inconștient, sentimentul de culpabilitate subminează considerația față de propria persoană, ceea ce produce un "complex" de inferioritate sau de dependență în care reacția de chemare în ajutor devine necesară. "Energia patologică" se concentrează în acest moment pe organele de nutriție și de achiziție, iar simptomatologia se modifică în consecință, simptomele digestive urmând unei crize de hipertensiune sau de palpitații cardiace. Dar dacă nici această chemare în ajutor nu este satisfăcută sau nu este exprimată de subiect, acesta, printr-un fel de protest contra izolării și inferiorității sale, revine într-un al treilea timp la conduita agresivă inițială, astfel încât simptomele se schimbă încă o dată în localizarea, ca și în expresia lor. Așadar, simptomul psihosomatic, pentru că provine dintr-o nevoie interzisă, exprimă această nevoie *în același timp* în care o disimulează. Într-o astfel de interpretare, bolnavul psihosomatic este comparabil cu copilul care, ascuns îndărătul unei perdele, nu poate să se împiedice să o agite pentru a-și semnala prezența, în timp ce se teme să nu fie descoperit.

Conceptia aceasta (pe care am rezumat-o după Morali-Daninos) pornește de la ideea că diferitele organe au un rol specific în expresia emoțiilor; pentru acest motiv, este denumită *teoria specificității perturbărilor psihosomatice*.

Cercetările psihoanalitice au adus o serie de argumente de susținere a interpretării. Ca rezultat al dezvoltării, individul câștigă în diferențiere, dar pierde în elasticitate; cu cât ființa este mai structurată,

mai organizată, mai bine definită, cu atât este mai puțin capabilă să se adapteze la schimbări mari ale mediului. În anumite cazuri, în fața schimbărilor prea bruște, omul care nu mai are resurse adaptative încearcă să se "întoarcă" la o formă infantilă de funcționare fiziologică (regresie). Simptomele psihosomatice ar apărea pentru că organele și-au pierdut *capacitatea* lor de a se adapta; organul atins ar fi acela care în copilărie exprima și satisfăcea nevoia actualmente frustată. Această reîntoarcere la un mod infantil de funcționare fiziologică nu poate să se efectueze decât prin mijlocire nervoasă.

În ceea ce privește *afecțiunile (sindromele) psihosomatice*, cea mai mare parte a lucrărilor s-au axat pe cele care sunt remarcabile prin frecvența și prin valoarea lor: în patologia endocrină, boala Basedow și diabetul; în patologia cardiovasculară, hipertensiunea arterială și infarctul miocardic; în dermatologie, pruritul și anumite eczeme; în patologia nervoasă, migrena; adăugăm domeniul afecțiunilor alergice și chiar reumatismul cronic.

În *boala ulceroasă* (ulcerele gastroduodenale) cu determinism "nervos" s-a căutat, în lucrări psihanalitice, să se descifreze personalitatea ulcerosului și să se formuleze ipoteze asupra joncțiunii planurilor psiho-organice (Alexander, Margolin, Marty, Fain). S-a insistat asupra condiționărilor afective primitive în raporturile lor cu condiționările alimentare, punându-se în evidență situația de *dependență* a ulcerosului. "Nevoile afective regresive" sunt exprimate în caracter, cel mai adesea prin trăsături marcante (căutarea excesivă a independenței, ambiție, activitate și agresivitate). Ulcerosul caută să compenseze prin aceasta tendințele sale profunde la pasivitate, de unde un conflict perpetuu (ulcerul fiind expresia sa emoțională). Acesta ar fi sensul afirmațiilor lui Alexander asupra frustrației nevoilor "orale" la ulceros. S-a mai remarcat că, adesea, după gastrectomie, comportarea ulcerosului se modifică, dezvoltându-se "căutarea de pasivitate" care se disimula înainte, astfel încât vindecarea constă în armonizarea comportării generale cu comportarea gastrică (P. Marty).

În *astm și alergie*, studiile de psihosomatică tind să deplaseze către personalitatea astmaticului interesul pe care vechii autori îl

acordau "terenului". Acest "teren" a fost chemat pentru a explica o serie de fapte neobișnuite și bizare, cum ar fi variabilitatea alergienelor la același subiect, posibilitatea reacțiilor la mânie (astmul Trousseau), la imagini (astmul Proust) sau la visuri (Jacquelin) sau, încă, paradoxale tratamentele. Întrucât s-a remarcat că astmaticul sau alergicul sunt bolnavi fragili din punct de vedere emoțional, s-a vorbit, între altele, de cauze declanșante, de faimosul "șoc emoțional". Mișcarea psihosomatică caută să dea o mai largă explicație terenului, descoperindu-i aspectele psihologice. După Alexander, se poate vorbi de un "portret" psihologic al astmaticului și există o *semnificație* a crizei de astm. Frica de a pierde dragostea mamei (sau a substitutelor sale) ar constitui fondul atitudinii subiectului. Criza de astm ar reprezenta o criză de plâns inhibată. Criza de astm, dispneea expiratorie, pare să rezulte dintr-o înervare "regresivă" a funcției respiratorii, datorită inhibiției confesiunii și a lacrimilor (Ziwar, 1956). Această interpretare nu dă socoteală de toate cazurile (Gendrot, 1953); anumite crize pot fi "echivalente alergice de angoasă", adică condiționări ale angoasei, istoric legate de obiecte specifice. Cazurile de astm care țin de acest mecanism ar fi deci "nevroze actuale", variantă particulară a nevrozei de angoasă. Ar fi deci de deosebit cel puțin două tipuri de astmatici, unii mai aproape de polul isteric (expresiv), mai puțin gravi; alții mai profund "psihosomatici", la care s-ar întâlni un cumul de predispoziții (ereditare, anatomofiziologice) și o structură de regresie emoțională foarte profundă - aceștia ar fi astmaticii mai greu de tratat.

Cercetările moderne au regăsit intuiții foarte vechi asupra participării factorilor emoționali în viața *tuberculosului* (Laënnec). Orientarea psihosomatică insistă asupra faptelor de frustrație în primii ani de viață (Porot). Tuberculosul este un "înfometat de dragoste", abandonându-se protecției, dependenței, vieții "parazitare". Când vrea să lupte împotriva acestei tendințe, el se "consumă" într-o hiperactivitate fără măsură, un fel de "sinucidere organică" (Racamier). Noțiunea pierderii principalului sprijin afectiv în lunile care precedă începutul unei tuberculoze pulmonare este bine cunoscută de fiziologi. Aceste noțiuni au un interes deosebit în conducerea tratamentului tuberculoșilor, care nu pot să se vindece dacă nu este vindecată "rana afectivă" (Racamier).

Hipertensiunea arterială a fost mult studiată, în special de Dunbar, fiind pusă în relație cu pulsii ostile inhibitate; acești pacienți pot avea tipuri de personalitate foarte diferite, dar au în comun "incapacitatea de a-și exprima liber agresivitatea" (Alexander). De frica consecințelor acestei exprimări, ei își ascund dorința de competiție îndărătul unei atitudini de pasivitate. În genere, la bolnavii din această categorie, ca și la cei cu spasme arteriale diverse, întâlnim o ambiție reținută cu teamă de agresivitate, astfel încât sunt întotdeauna încordați, temători și posedați de o mânie reprimată. Laubry îi descria în același fel, ca pe niște "ființe neliniștite, agitate de afaceri, de politică, de finanțe. Ei își stăpânesc nervii vieții lor interioare, dar plătesc tribut acestei dominații prin reacții cardiace și vasomotorii intense și printr-o uzură organică rapidă".

În *criza anginoasă* factorii emoționali joacă (pe terenul de fond) un rol de declanșare, încât nu este posibil de a separa radical "falsa" de "adevărată" angină de piept. Cercetările psihanalitice la acești subiecți au pus în evidență dependența față de imaginea paternă.

Coronarienii au fost și ei obiectul unei descrieri făcute de Dunbar, care insistă asupra caracterului compulsiv al nevoii lor de autoritate și asupra ardoarei la lucru. Această trasătură "specifică" a fost regăsită și de alți autori (Arlon, Gildea, White și colab. etc.). Au fost însă exprimate și păreri opuse, bazate pe studii aprofundate.

În ceea ce privește *tahicardiile paroxistice* – cercetătorii fiind în special interesați de rolul declanșant al emoțiilor. Studiind o serie de 100 subiecți atinși de diferite tipuri etiologice de tahicardii paroxistice, Jouve (1961) a constatat: 1) că factorii psihopatologici sunt mai frecvent întâlniți la cei care sunt îndemni de o cardiovalvulită subiacentă; 2) că trăsăturile personalității isterice sunt caracteristicile nevrotice cele mai frecvente.

În sectorul *afecțiunilor cutanate* s-au făcut numeroase cercetări, pruritul, eczema, psoriazisul, urticaria, dishidroza fiind totodată descrise ca sindroame în care "factorul emoțional" ar juca un rol important. O serie de psihanaliști consideră pielea ca o "zonă erogenă" importantă, nu numai prin pipăit, dar și prin senzațiile de temperatură și uneori și prin cele de durere. Echivalențe de angoasă se pot

manifesta ca tulburări cutanate (prurit anal și perineal, urticarie) (Fenichel).

Sindroamele alergice de orice fel sunt adesea exprimate prin afecțiuni cutanate. Studiile psihosomatice ajung la un portret psihologic al alergicului, care se aseamănă cu cel al astmaticului: angoasa pierderii dragostei mamei și inhibiția expresiilor emoționale rezultând din această frustrație precoce (Ziwar). La psoriazici s-au scos în evidență aspecte nete de *psihastenie*. Aceiia sunt, dimpotrivă, timizi, hiperscrupuloși, perfecționiști. Localizarea psoriazică poate fi legată, uneori, de *conflicte*: la față și păr, când conflictul este afectiv sau familial; la brațe și gambe, când conflictul este "pragmatic" (profesie, bani); pe coapse și genital, când conflictul este sexual (analog și în pruritul vulvar (M. Bolgert).

Afecțiunile ginecologice sunt un domeniu predilect de manifestări psihosomatice. Sunt cunoscute amenoreele "psihogene", dintre care unele sunt interpretate de psihosomaticieni ca un refuz nevrotic sau reacțional de a accepta "rolul" feminin și matern. În mod analog, unele menoragii sau metroragii au fost interpretate ca o exagerare a sexualității feminine. Dismenoreea ar exprima o "apărare spasmodică și anxioasă" împotriva feminității.

Diversele forme de tulburări ale menstriei pot succeda sau co-exista. Bolnavele, mai ales nevroticele, sunt instabile în *atitudinea* lor. Teamă, apărare și dorință alternează adesea cu manifestările lor corporale. Trebuie amintită și amenoreea din cadrul anorexiei nervoase. Aceste bolnave sunt cufundate într-o violentă rezistență împotriva oricărei necesități de viață corporală, atitudine ce poate lua diferite aspecte și putând atinge diferite intensități.

Condrau a propus interpretări psihosomatice pentru unele dureri ginecologice. Astfel, cefaleele vasomotorii, migrena și cefaleea zisă psihogenă ar fi frecvente atunci când atitudinea de apărare psihologică este întreținută prin forța inteligenței și a voinței. Lumbalgiile ar indica o tulburare a ținutei interioare și a posibilității psihofizice de "a suporta". În fine, durerile în regiunea micului bazin (dureri anxiale, sindrom dureros al simfizei, pelvipatie vegetativă spastică etc.) ar indica o restrângere patologică a "existenței" în domeniul genital

specific feminin. La aceste femei, se găsesc adesea tulburări în relațiile umane, în special cu partenerul, decepții amoroase, abandon, solitudine, apărare împotriva unei totale îndepliniri a vieții sexuale, sau pierderea acesteia.

O aceeași tensiune emoțională se poate găsi la baza a trei sindroame: fluor, incontinență și durere perineală; ar fi vorba de o tulburare a raporturilor cu semenii în domeniul instinctului și al vieții profunde. Bolnavele luptă împotriva exigențelor extraordinarelor lor vitalități, inhibiția putând pleca de la ele înșile sau fiind impusă din exterior. Prill a atras atenția asupra faptului că societatea actuală solicită femeia pe o linie contrară esenței sale umane; misiunea ei este de "a avea grijă" de alții. Spre deosebire de alți autori, el constată că problemele comunicării afective sunt mai importante decât cele sexual-genitale. Psihanaliza i se pare mai puțin adevărată terapeutic decât o "călăuzire sufletească personală".

Practicile nașterii fără dureri au primit atât o interpretare corticoviscerală, cât și una psihosomatică.

Reumatismul psihosomatic este o noțiune care câștigă teren. Antonelli susține că nu există reumatism fără o componentă nevrotică, distinctă de elementul psihologic consecutiv, de pildă, deformării anatomopatologice. S-a conturat un ansamblu de dispoziții caracteristice specifice; ele predispun la maladie, o susțin, o complică, făcând din reumatism (și chiar din orice variantă de afecțiune de acest tip) o realitate patologică care ține totodată de psihiatrie. "Personalitatea reumatismală" (sau psihoreceptivitatea la reumatism) se întâlnește la fetele unei mame autoritare și a unui tată șters sau absent.

După Antonelli "nevroza reumatismală" prezintă patru varietăți: 1) nevroză pură, sau "reumatism fără obiect", la care lipsește orice confirmare clinică, experimentală sau radiologică a simptomatologiei subiective; 2) nevroza suprapusă, la care o formă organică dovedită s-a suprapus substratului nevrotic; 3) nevroza reziduală sau

* După Iosif Macavei (1966), aceste algi se explică mai curând fiziopatologic, ca urmare a congestiei pelvine "nesoluționată" prin orgasm. Anorgasmia determină întâi o vegetoză pelvină și secundar o "nevroză", oarecum în sensul pavlovist al acestui termen (viscerocorticală).

"reumatismul nevrozat", unde elementul nevrotic, rămas latent în timpul bolii organice, se manifestă în mod brusc când perioada de boală organică s-a terminat; 4) nevroza somatopsihică sau "pseudonevroza reumatismală", care nu este decât atitudinea unui subiect deprimat sau o iritație consecutivă invalidității produsă de boală (ca în gută sau în toate formele de reumatism de tip artrozic).

Gutoșii au un profil caracterial definitiv: o mare aviditate la lucru, dar și în alte domenii (sport, sexualitate) – deci o aviditate de viață; deși calmi în aparență, ei caută să evite întrebările precise, nu oferă medicului decât examenul personalității lor superficiale.

Rahialgiile, spondilozele, bolile spatelui de natură psihosomatică afectează de preferință trei regiuni. Regiunea cefei este legată de expresia tenacității, a încăpățănării; sindromul cervical psihosomatic se constituie atunci când o astfel de atitudine cere un efort suplimentar cotidian: omul de afaceri – cu greutatea pe care le disimulează; femeia care își ascunde o dragoste nefericită în spatele unei fațade surăzătoare. Regiunea toracică a coloanei este legată de exprimarea cronică a depresiei și a anxietății. Să ne amintim că ținuta omului (dreaptă, curbată etc.) este foarte caracteristică pentru fire, atitudine, stare sufletească. Regiunea lombară este sediul durerilor "de oboseală"; corespunzător, lombalgiile apar la persoane pentru care viața cotidiană este o sarcină greu de suportat, "strivitoare". Tensiunea emoțională își are corelativul său în contractura musculară (Weintraub), dar în tensiunea emoțională prelungită se produce o "somatizare" spondilopatică, chiar anchilopatică. Din punct de vedere psihofarmacologic, sunt indicate medicamentele care acționează asupra sistemului limbic.

Obezitatea este o boală care, în multe cazuri, are un coeficient psihosomatic. Alby deosebește un element constituțional, un element "integrativ" (de intricare corporală și psihologică), un element de echilibru dinamic (uneori "tranzacțional") între sistemele psihofiziologice și un element care ține de câmpul socio-economic și cultural (obezitatea n-are aceeași semnificație într-o țară musulmană și în Statele Unite). "Nivelul motivațiilor" în obezitate este divers. Cercetarea psihologică descoperă, ca date adesea esențiale, valoarea

emoțională a hranei. Mâncarea poate "umple o lipsă" (Alby) și poate calma anxietăți, sau sentimente de culpabilitate. La nevoi reprimite, se poate reacționa prin cerință alimentară. La copil, foamea este anxioasă, iar suptul este calmant. În regresie, se face apel la hrană pentru a liniști anxietatea. Obezitatea este, uneori, o apărare împotriva depresiei. Hrana exprimă afecțiune sau agresivitate, după caz. La personalități imature, "orale" (la "toxicomanii gurii", Held) se găsesc fixări materne puternice, *ego* slab, caracter compulsiional; aceste persoane suportă cu greu frustrările și constrângerile. Simțul realității este alterat la obezi; se poate vorbi de un "refugiu în obezitate". Alby observă că orice obez dorește să fie iubit *așa cum este*, dar se îndoiește și caută mereu să fie asigurat. Uneori se poate descoperi tendința (autopunitivă) de a deveni urât; unele adolescente "caută" să devină "obeze" atunci când se refuză feminității. Se mai constată frecvent defecte de activitate, aptitudine la pasivitate (Brunch). În sfârșit, există o tulburare a imaginii corpului (care contribuie la incapacitatea de autocontrol în ceea ce privește alimentația și greutatea), poate și o insuficiență a capacităților de *exprimare*.

Atunci când se grupează trăsăturile comune (psihogramele) tuturor acestor observații (și a observațiilor privind alte boli), s-ar putea desprinde o imagine, aceea a *personalității psihosomatice* (Halliday), subiect foarte fragil, la care se găsește o formă particulară de imaturitate, în care psihismul pare insuficient de "înnarmat" pentru a "distanța" anumite conflicte și pentru a le canaliza în conduite caracteristice ale vieții de relație. Conflictele se "descarcă" atunci în aparatul viscerovegetativ.

După Marty, M'Uzan și David, energia pulsională (în sensul pe care-l dau psihanalistii acestui cuvânt) are trei linii de investiție: psihologică (activitate intelectuală, fantasme, expresie verbală); comportamentală (viață de relație); somatică (viscerală). În situația de regresie, proceselor complexe, evaluate și adaptative, li se substituie "scheme preformate" în domeniile respective: în domeniul mental (nevroze, psihoze); în domeniul muscular (contracturi și paralizii isterice); în domeniul visceral ("nevroza de organ").

*

După această prezentare, să vedem, în rezumat, care sunt achizițiile practice și teoretice ale medicinei psihosomatice, ce au adus nou lucrările despre care am discutat întrucât acest fel de a gândi și de a practica medicina, deși are relații cu tradițiile, poate să depășească anumite poziții critice și să ridice noi probleme.

Mai întâi, medicina psihosomatică sugerează o orientare deosebită în ceea ce privește *etiologia bolilor*. Nu numai că se iau în considerație "factorii psihici" și (în special emoțiile) printre cauzele posibile ale bolii, ca elemente izolare într-o serie de fapte legate într-un lanț causal, ci reconsideră ansamblul factorilor etiologici, într-o relație de cauzalitate complementară sau circulară, într-un "câmp de tensiuni". Se depășește astfel opoziția dintre cauză organică și cauză psihică. Noțiunea lui V. Weizsäcker de *Gestaltkreis* implică un lanț circular cu verigi fizice și verigi psihice. În această privință, medicina psihosomatică reușește adeseori să pună corect problema relațiilor dintre agentul extern și teren, să utilizeze adecvat noțiunea de "prag" și cea de "criză", să sesizeze just importanța factorilor de apărare, imunitate sau autosugestie etc.

Alt aspect pozitiv este acela al remanierii observației clinice prin luarea în considerare a biografiei și a situațiilor de viață. Medicina psihosomatică caută să facă o "patografie", adică să degajeze boala de eticheta de accident, pentru a o înțelege în semnificația ei, pentru destinul bolnavului și în raport cu trecutul acestuia. Cu ajutorul metodei corelațiilor biografice, este posibil să se tragă o serie de concluzii foarte instructive prin simpla confruntare a faptelor patologice cu evenimentele vieții. Alexander enumără principalele puncte din istoria individuală care ar trebui să fie explorate pentru a obține o patologie: constituție ereditară, traumatisme obstetricale, boli ale copilăriei, accidente fizice sau traumatice din copilărie, accidente afective din copilărie, climat afectiv familial, trăsături specifice ale părinților și ale anturajului, traumatisme fizice ulterioare, experiențe afective ulterioare (relații interpersonale și profesionale). Aici se poate încadra și "observația psihosomatică" sau "fișa psihosomatică" preconizată de Delay, pe care o poate face orice practician interesat

de aceste perspective. Se pun în paralelă într-un tablou, an de an, datele medicale, psihologice și sociale elementare care se pot culege de la un bolnav (aceasta s-ar putea denumi *schemă psihosomatică*), din care se degajează adesea, ca dintr-un grafic, corelații frapante cu valoare de indicație (desigur ele necesită în continuare un studiu critic).

Dintr-un anume punct de vedere, medicina psihosomatică este o continuare a psihaizei (primii adevărați psihosomaticieni au fost psihaiziști, ca Groddeck). Psihaiza a apărut ca o psihologie *reacțională* la orientarea dominantă din medicina sfârșitului secolului al XIX-lea – expresie a unui materialism disociativ strâmt, cu referințe de bază în anatomia patologică și în bacteriobiologie. Psihaiza a introdus o perspectivă genetică, dinamică și „globalistă”. Dar, din alt punct de vedere, psihosomatismul se găsește și în prelungirea „fiziologiei lărgite” a lui P. Janet, Pavlov și Cannon (fiziologia comportamentului, a emoțiilor etc.).

După H. Ey, contribuția psihaizei în patologia organelor și a funcțiilor s-ar putea rezuma la două puncte: descoperirea importanței patologice a frustrațiilor precoce și punerea în evidență a corelațiilor profunde dintre boală și caracter.

Există multiple *școli psihosomatice* și ele se deosebesc mai ales prin modul în care înțeleg omul.

La omul privit ca *homo reagens* (animal reactiv), manifestările psihosomatice sunt studiate: 1. pe baza reflexologiei pavloviste (F. Völgyesi, H. Kleinsorge și F. Klumbies, N. Ischlonsky; B. Klotz vorbește despre „reacții corticosomatice”), medicina psihosomatică, în acest sens, devine sinonimă cu medicina corticoviscerală; 2. pe baza metodologiei behavioriste și neo-behavioriste (S. Cobb, J. Masserman, E. Spiegel) și 3. pe baza etologiei (Th. v. Uexküll, J. Groen).

La omul privit ca *homo naturalis*, este luată în considerare psihodinamica conștientă și mai ales aceea inconștientă; interpretată psihologic-intelectiv (*verstehend*), și nu neurologic-cauzal. Analiza obiectivă este uneori înlocuită și prin interpretarea simbolică a manifestărilor. În acest grup de școli (și autori) intră majoritatea celor menționați anterior: Fl. Dunbar (care a căutat profilurile de personalitate), F. Alexander (care, împreună cu „școala de la Chicago”, au analizat simptomatologia vegetativă a emoțiilor), E. D. Wittkower

(care a insistat asupra noțiunii de regresie psihofiziologică), R. Mucchielli (pentru care boala este „o conduită printre altele” pe care și-o alege, uneori, personalitatea morbidă) ș.a.

Pentru Dunbar, tendințele în conflict sunt lupta și fuga. Pentru Alexander, tendințele în conflict sunt dorința de a primi (și reține) și dorința de a da (sau a cheltui). Dependența infantilă, tendințele agresive blocate și narcisismul joacă un rol însemnat în interpretările școlii de la Chicago.

Regresiunea restabilește comunicațiile strânse între „sferele” somatică și psihică; substituie acțiunii psihomotorii răspunsuri vegetative (Szasz); înlocuiește comunicația externă interpersonală cu o comunicare internă între sisteme de organe (Reesch) etc.

Omul privit ca *homo spiritualis* este mai curând obiectul de cercetare al direcției *antropologice*, decât a celeia psihosomatice. Pentru P. Christian (1953), suntem într-o dublă relație cu propriul nostru trup: „suntem” acest corp, dar și „îl avem” (adică îi dăm semnificație, sens). *Boala* însăși (nu numai simptomul sau sindromul) trebuie interpretată „simbolic” în legătură cu semnificația (sensul) ei pentru existența *particulară* a bolnavului. Boala devine „simbolul” *acestei* existențe (și nu numai reflexul unei stări deosebite de receptivitate tisulară sau viscerală, al unui anumit „teren”). După V. v. Weizsäcker, boala poate veni în întâmpinarea dorințelor noastre; ea vine uneori la „momentul oportun” – fără a fi, prin aceasta, simulare sau autoagresiune, sau autoexpunere premeditată la primejdie. Boala este un *eveniment corporal*, care poate fi un „răspuns personal la o chemare”. după V. v. Gebattel, boala poate fi expresia nevoii de a găsi solitudine. După Freour și Serise (1954), există uneori, în viață, o atmosferă de dramă care „cheamă” catastrofa ca singura soluție posibilă. Boala (de ex. tuberculoza), alături de nevroză și de deciziile desperate, realizează câteodată „soluția” unor probleme prea acute pentru subiect. Boala are o semnificație generală biografică, este o exteriorizare a unui *mod* de existență umană (R. Siebeck). Omul bolnav este „omul unei crize”.

A. Mitscherlich (1954) a vorbit despre *antropologie psiha-nalitică*. Boala este înțeleasă ca o dramă în care procesul somatic are o valoare psihică, iar cel psihic are o expresie corporală.

*

Străduințele psihosomaticienilor se pot caracteriza prin două mari obiective: a) acela de a aduce (de a introduce) "subiectul" în științele naturii; b) acela de a accentua asupra importanței patologice a "factorilor afectivi". Nu ni se pare, în schimb, justificată accentuarea, până la unilateralizare, a importanței dinamicii inconștientului. Există boli somatice cu coeficient psihic conștient sau cvasiconștient, cum ar fi obezitatea. Optica *pur somatică*, biologizantă (care domină medicina de azi), poate fi privită ca o *aproximație* de interes practic a unei optici integrative; a unei optici care acordă influențelor de mediu o eficacitate directă, ca și o eficacitate indirectă prin mijlocirea rezonanței subiective (afective, personale).

Pentru noi, una dintre justificările majore ale abordării psihosomatice este cea legată de explicarea *specificității* unor manifestări somatice complexe. Excitantul, stress-ul, procesul fiziologic, simptomul - au o semnificație (diversă, în mare măsură personală), în universul uman. J. Delay recunoaște mișcării psihosomatice merite indiscutabile în orientarea patologiei către organismul luat ca întreg, în sublinierea însemnătății "terenului"; îi găsește o încadrare pe linia tradițiilor hipocratice. "Personalizarea" relației cauză-efect în patologie cere o analiză psihologică; analiza neurologică rareori poate depăși stabilirea *specificității de tip* (tipospecificitate). Analizei psihosomatice i-a lipsit însă, de obicei, capacitatea de a sesiza dialectica alospecificității și idiospecificității - esențială pentru orice biologie și psihologie "personalistă".

În sectorul "bolilor psihosomatice", sau în sfera care cuprinde pacienții cu evidente "canale de interacțiune psihosomatică", se petrec frecvent greșeli de diagnostic, atitudine, terapie: un întreg capitol al *iatrogeniei*. Medicația psihotropă poate da complicații și accidente mai neplăcute decât starea psihică ce s-a cerut influențată. Se poate spune că orice abordare unilaterală (numai pe linie biologică ori numai pe linie sufletească sau spirituală) a acestor boli (cum ar fi migrena, neurodermita, colita ulceroasă, astmul bronșic, ulcerul duodenal) sau a acestor bolnavi, riscă să genereze tulburări iatrogene, uneori foarte grave. O primă categorie privește acele fenomene

psihice care au un determinism somatic neglijat (în tulburări electrolitice, în hiperinsulinism, în porfirie intermitentă, în tumorile intracraniene, în insuficiența suprarenală etc). O altă categorie de erori pornește din supraevaluarea factorilor psihologici (cu sedare medicamentoasă excesivă, de exemplu). De pildă, o oboseală cronică, pusă pe socoteala unui conflict, poate traduce *psihic* (dar nu simbolic sau reactiv) un *hiperparatiroidism*.

Logica simplistă a lui "sau/sau" (*sau* nevroză, *sau* somatoză) poate duce la nenumărate confuzii și erori terapeutice.

De resortul medicinei psihosomatice sunt și fenomene mai mult sau mai puțin frecvent întâlnite, cum ar fi:

1. *Efectul placebo*, adică sugestia vehiculată prin medicamente sau alte manevre terapeutice.

2. *Accentuarea simptomelor minore* ale unei afecțiuni organice-lezionale sau organic-funcționale, prin atitudine terapeutică neîndemânatică. Frecventă este "decompensarea" unei boli latente, prin exprimarea "fără menajamente" a diagnosticului "adevărat". Numeroase nevroze cardiace sunt generate sau întreținute iatrogen (sau psihoiatrogen).

3. *Adecvarea reciprocă medic-pacient*. Psihosomatica pune accentul nu numai pe latura sufletească și spirituală a bolii, ci și pe relația medic-pacient. Există numeroase cazuri în care boala se ameliorează - nu la schimbarea tratamentului, ci la schimbarea medicului.

În rezumat, psihosomatica recomandă o abordare, o poziție, o atitudine medicală în fața bolii și a bolnavului care este nu numai *de dorit* în practică, ci și *necesară*. Aceasta - deși, actualmente, întemeierea logică, metodologică, faptică, fiziologică și chiar psihologică a psihosomaticii este *lacunară* (Lunger și Shapiro, 1963).

Constituție și tip

Despre tipologie

Metoda tipologică este o metodă comună mai multor științe (ale naturii și ale societății), cu o largă întrebuințare în științele despre om. Gândirea tipologică a avut epocile sale de glorie, care au coincis, în general, cu epocile de glorie ale hipocratismului; întemeierea ei *științifică* a avut loc aproximativ între 1900 și 1940. Gândirea tipologică a avut însă și epoca ei de discreditare; la discreditarea (nejustificată) acestei gândiri a contribuit neînțelegerea rolului *metodologic* al tipologiilor și înțelegerea nedialectică a noțiunii de tip. Înțelegerea nedialectică înseamnă, între altele: afirmarea determinismului *exclusiv* ereditar al constituției (neglijând rolul mediului); supraevaluarea rolului constituției în etiologie; afirmarea imuabilității constituției (ceea ce duce la un oarecare "nihilism" terapeutic). Este nedialectică ideea după care, între notele caracteristice ale unui individ ce întrușipează un tip (și între notele caracteristice, definitorii ale tipului) există o legătură necesară, obligatorie, fără excepții: se pierde din vedere, astfel, caracterul *ideal* (nu empiric!) al tipului, ca și caracterul *contradictoriu* al individualității.

Aceasta înseamnă că tipul este o *schemă de referință*, așa cum este și tabloul clinic al unei boli. Valoarea tipologiei este orientativă. Tipul nu coincide cu individul. Tipurile sunt categorii gnoseologice. Tipul nu este un "prototip" al umanității, nu are înțeles de model exemplar, de *valoare* ideală. A face tipologie înseamnă, pur și simplu, a renunța la ideea "omului în genere", la ideea omului-abstracție, la ideea "omului-mijlociu". A recunoaște (sau postula) *mai multe tipuri* nu înseamnă nici a sugera o *ierarhie* a lor: nu se poate susține că un

anumit tip constituțional, rasial, psihologic etc. este *global inferior* sau *global superior* altui tip. În caracterologii, de pildă, ne interesează *forma mentis* și nu *gradus mentis*.

Care este utilitatea *încadrării* individului într-un cadru tipologic, utilitatea *etichetării* sale tipologice? Unele tipologii sunt adecvate pentru cunoașterea individului. Tipologia *medicală* urmărește cunoașterea reactivității actuale a pacientului, a corelațiilor intraindividuale, a particularităților sale metabolice: ca atare, ea pune accentul pe criteriile care prezintă cel mai pregnant *dinamica* relațiilor sale *schimbătoare* cu mediul și preferă acele note care sunt strâns contopite în structura funcțională a persoanei. Numai în cazuri rare, individul poate fi considerat ca un *exemplar tipic*, ca o concretizare perfectă a tipului, ca o personificare a esențelor relevate de tipologie. Tipul este mai bogat în "esențe", în timp ce individul este mai bogat pe latură fenomenală.

Pentru Allport, tipul este un *punct de plecare*, un instrument *pedeuteic*. Tipologia este "o jumătate de drum către individualitate"; tipurile ("ideale") sunt scheme de comprehensibilitate (Spranger).

Prin folosirea tipologiilor, medicul urmărește mai multe obiective *distincte*:

1. Situatrea individului în raport cu intervalul de normalitate. Orice însușire se cere a fi judecată în cadrul *variantei* constituționale respective (un cord orizontalizat are altă semnificație la un longilin și la un brevilin). *Standardul unic* de referință se cere înlocuit, de aceea, prin mai multe *standarde-tip*; media globală se cere înlocuită prin medii pe grupe. Reacțiile la același excitant pot fi diferite, de la o grupă tipologică la alta, nu numai ca intensitate, ci și ca *sens*.

2. Rezumarea unei liste de caractere printr-un cuvânt. Diferitele tipologii au elaborat o galerie de tipuri împreună cu nomenclatura lor; prin referire la ele, asimilăm înfățișarea individului examinat cu unul dintre tipurile din galerie, exact ca și cum le-am compara cu personajul unui portret celebru dintr-o pinacotecă. Folosirii tipologiilor în acest sens nu i se poate impune nici o restricție de ordin principal. Pentru cel care urmărește o *descriere plastică* cu ajutorul tipologiilor, tipologia folosită este impusă chiar de caracteristicile particulare ale

individului descris. Un exemplu de utilizare în acest sens ar fi etichetarea unui individ ca "tip venețian".

3. Schițarea unui tablou stilizat (sau chiar "caricatural") al individului, în care scoatem în evidență, prin sistematizare, un ansamblu de caractere pe care-l considerăm important pentru o anumită problemă: *teoretică*, - sau *practică* -, de orientare a acțiunii. De pildă, longilinearitatea, finețea trăsăturilor, vioiciunea fiziologică și psihologică pot fi legate deseori de tonusul dominant al glandei tiroide. Folosirea uneia sau alteia dintre tipologii este impusă de natura problemei pe care o avem de rezolvat. În sexologie sau în endocrinologie, nu putem face abstracție de alcătuirea morfologică a individului, în timp ce tipul de activitate nervoasă superioară (după I. P. Pavlov) este un element ce nu poate fi neglijat - într-o cercetare de psihiatrie.

4. Deducerea, pornind de la unul sau mai multe caracteristici-cheie observate efectiv ("stigmat") a altor însușiri (îndeosebi a unor însușiri de reactivitate) cu care primele sunt strâns legate. Acel clasic *habitus apoplecticus* semnaleză predispoziția la apoplexie. Legătura aceasta este, desigur, statistică, ea poate fi "adevărată în general și falsă în (unele) cazuri particulare". Extrapolarea pe care o facem trebuie să fie prudentă, având mai mult caracterul unor orientări în adâncirea explorării individului. Asupra acestei *funcții metodologice* a tipologiilor, se cere să ne oprim.

5. Unele tipologii au un rol didactic (sistematizarea mnemotehnică a unui material) sau unul taxonomic (schemele servesc pentru clasificarea faptelor și a obiectelor, iar raportarea individului la ele se face pentru identificare, pentru diagnostic, pentru "determinare").

Metoda tipologică reprezintă, prin trei dintre obiectivele schițate mai sus (nr. 1, 3, 4) o cale de cunoaștere *mijlocită* a esențialului și a individualului. Intervenția practică ne pretinde să alcătuim o schemă aproximativă despre individ, suficientă pentru scopurile noastre (și nu reconstituirea tuturor detaliilor, dintre care multe sunt accidentale, indiferente pentru problema pe care o avem de rezolvat). "Tipurile" sunt scheme de referință între care diverse detalii sunt îmbinate organic între ele; rezultă fie o imagine aproape intuitivă, vie, reflectând

îmbinarea de însușiri care este frecvent constatată empiric, fie o schemă având înțeles cauzal, biologic sau fiziopatologic. De multe ori, schema empirică este inițial "explicată" fantezist, dobândindu-și abia mai târziu (sau mult mai târziu) înțelesul științific. Astfel, temperamentele hipocraticilor au fost legate în antichitate de proporția în care se face amestecul "umorilor fundamentale" și abia I. P. Pavlov, la începutul secolului al XX-lea, le-a găsit întemeierea în însușiri ale activității nervoase superioare. Tipologiile s-au născut: 1) inductiv, empiric, prin observație statistică sau printr-o "intuiție" cvasiartistică; 2) prin elaborare rațional-deductivă. În acest ultim caz, întâlnim frecvent opoziții polare (*tip și antitip*), iar criteriul (punct de vedere) de la baza tipologiei (ce se apropie de o *clasificare* exhaustivă) este abstract. Alte tipologii de mare interes descriptiv (de ex. tipologia astrologică) sau practic (de ex. tipologia homeopatică) nu și-au găsit încă o interpretare științifică.

Pentru ca tipologiile să fie utile ca o cale spre cunoașterea individualității, este necesar să avem la dispoziție tipologii cuprinzătoare, diverse, pentru a putea alege, în cazul concret, pe cea corespunzătoare problemei ce trebuie s-o rezolvăm. De pildă, un endocrinolog are nevoie, drept călăuză, în primul rând de o tipologie endocrină.

Trebuie subliniat faptul că încadrarea tipologică *nu este* o clasificare: un individ poate să "aparțină" la tipuri *diferite* (de exemplu, într-o oarecare măsură poate fi schizotim și în oarecare măsură poate fi ciclotim). Desigur, el poate fi caracterizat în *același timp* de pe platforma mai multor tipologii (abordare politipologică, prin contrast cu abordarea monotipologică). Prinsă în plasa mai multor tipologii, "individualitatea nu ne mai scapă".

După H. A. Paul pot fi folosite azi, în practică, numeroase tipologii bine întemeiate dintre care unele caracterizează *tipuri totale* (Ph. Lersch), iar unele *tipuri parțiale*. Un tip *psihofizic total* este cel care reunește caracteristici psihice și spirituale și caracteristici fizice într-un complex coerent. Tipurile lui Kretschmer sunt *tipuri totale* în sens larg. Tipuri parțiale sunt, de exemplu, tipurile de percepție, de gândire, de imaginație. *Oricare însușire* poate fi punctul de plecare ale unei tipologiei cu tipuri parțiale. Tipurile totale în sens restrâns, referi-

toare la viața sufletească și spirituală, sunt obiectul de studiu al *caracterologiei*.

N. Mărgineanu deosebea tipologiile care țin seama de structura psihică, de *biotipologii*, care încearcă definirea tipului de bază prin criterii biologice și psihologice (eventual și sociale). R. B. Cattell deosebea *tipurile-specie* (empirice, populare, discontinue) de *tipurile-continui* (cu însușiri ce pot fi așezate într-o scară, cu variante extreme) și de *tipurile-sindrom* (combinații de calități și atribute precizate științific, de "factori").

Constituție și biotipologie

Constituția cuprinde note permanente și "esențiale" (*habitus* fizic și psihic). Ne interesează în primul rând notele de *reactivitate* (incluzând și modalitățile de *ripostă*) și, îndeosebi, cele care țin de *întreg* organismul (fenotip) și de *persoană*.

Gândirea tipologică modernă este strâns legată de *medicina constituțională* (sau "medicina constituționalistă"). Deși continuă tradițiile mult milenare ale medicinei hipocratice, medicina constituției reapare pe firmamentul medicinei europene în mare măsură ca o reacție la patologia *localicistă* a lui R. Virchow ("patologia celulară") și la *etiologismul* extrem al epocii postpasteuriene (acest curent postula caracterul - predominant sau exclusiv - *exogen* al cauzelor bolii).

Medicina biotipologică cuprinde orientările constituționaliste care au folosit sistematic gândirea *tipologică*. Spre deosebire de "medicina persoanei", care pune accentul pe ceea ce este unic, individual, singular în bolnav - medicina tipologică caută să contureze tipuri constituționale. Spre deosebire de diferitele caracterologii (care țin seama exclusiv de latura psihologică a individului) și de somatotipologii (care țin seama exclusiv de latura somatică) - *biotipologiile* postulează corelații dintre habitusul fizic și trăsături importante ale vieții sufletești. Aceste corelații au fost intuite încă de medicina hipocratică și de astrologie (tipuri planetare și tipuri zodiacale).

Somatotipologii mai bine cunoscute sunt cele elaborate de către raseologi (tipurile mediteranian, alpin, dinaric, nordic etc.), de către Cl. Sigaud (1908) și Mc Auliffe (tipurile respirator, digestiv, muscular, cerebral), de către R. Allendy (tonic-atonice, plastic-aplastic cu combinațiile lor) etc. "Clasificarea" lui Eppinger și Hess (1914) în vagotonici și simpaticotonici, la care D. Danielopolu a adăugat pe amfotonici, este tot o *somatotipologie*.

Frenologia - ca studiu al psihologiei individului bazat pe particularitățile *craniene*, ca și *fiziognomonie*, care se ocupă cu gnoseologia caracterului pornind de la trăsăturile somatice, în special ale feței, sunt "anticipări" ale biotipologiei. Alte anticipări ale gândirii biotipologice pot fi considerate cercetările școlii franceze de psihiatrie din secolul al XIX-lea; cu Morel și Magnan, ele au căutat să impună ideea după care psihopatiile și psihozele apar la individ cu tare fizice de "degenerescență". Pe aceeași linie, se înscriu lucrările școlii italiene de "antropologie criminală" condusă de Cesare Lombroso. După cum se știe, Lombroso susținea - eronat - existența unui tip somatopsihic de criminal "înnăscut", al altuia de prostituată "înnăscută" etc. Nu putem preciza în ce măsură aceste lucrări reprezintă *spiritul școlii* într-un mediu cultural specific. Fapt este că popularizarea și refundamentarea științifică a noțiunii de tip constituțional a început de asemenea în Italia, în cadrul școlii de anatomie. (De Giovanni, 1880; Viola 1909) și ulterior - în cadrul școlii de endocrinologie (N. Pende, 1922).

În ultimii ani, dominați de gândirea ereditobiologică (*genetică* - în sensul restrâns al acestui cuvânt), orientarea constituționalistă a suferit critici de principiu. Reactivitatea și tendințele evolutive ale individului nu pot fi puse exclusiv pe socoteala genotipului. Ceea ce știm, din patologia generală, despre rolul sistemului nervos și al sistemului endocrin în determinarea particularităților de reactivitate ale "terenului individual", sprijină acest punct de vedere. În deceniul al cincilea al secolului nostru, evidențierea importanței diencefalului (și în special a sistemului hipotalamohipofizar) pentru troficitatea și pentru viața vegetativă, instinctivă și afectivă a organismului - a sugerat în mod legitim - "localizarea" rădăcinilor constituției în această zonă (Ch.

Richet și Marañon, 1947; C. Belciugățeanu, 1948). Firește, zonele cerebrale superioare (inclusiv corticalitatea) au o parte însemnată în determinarea temperamentului și - mai ales - a caracterului.

Tipologia lui Kretschmer

E. Kretschmer (1921) a utilizat o metodă empirică, ectoscopic-descriptivă, întrebuițând antropometria și testele psihologice ca pe procedee adjuvante. Punctul său de plecare este psihiatric. Psihozele ar fi *rare exagerări* ale unor mari grupe temperamentale (caracteriale) răspândite printre oamenii normali. Există, cu multă probabilitate, o legătură între temperament ("caractere") și predispoziția morbidă. Dar mai pare să existe și o corelație între forma corpului și tipul de psihoză endogenă de care este afectat individul, ceea ce se verifică și în cazul normalității (ca o corelație între constituția corporală și *forma mentis*). Nu este vorba de un *parallelism* între diferitele planuri ale ființei, ci de o unitate structurală a ființei, expresie a unui același "nucleu" al persoanei. Acest "nucleu" poate fi căutat în diencefal, cu participarea esențială a complexului funcțional hipotalamohipofizar. Un puternic curent constituționalist a "simpatizat" (între anii 1935 și 1945) cu ideea după care tipul schizotim-leptosom este, de fapt, un tip de *insuficiență* hipotalamohipofizară.

Ca și constituționaliștii italieni, Kretschmer distinge trei tipuri morfologice fundamentale (dintre care două sunt tipuri extreme) cărora le corespund trei tipuri fundamentale de temperament, mentalitate, "caracter":

1. *Tipul picnic* care se caracterizează prin cap rotund (frecvent cu chelie). Față rotundă, gât scurt, breviliniaritate, trunchi plin și rotund, membre subțiri (cele inferioare fiind relativ scurte). Din punct de vedere psihic, picnicii reacționează ca persoană unitară; sunt *sintoni* (E. Bleuler) și sociabili - comunicând și fiind în acord afectiv cu ambianța. Ei sunt preocupați mai curând de aspectele concrete ale realității, de aspectele globale, de relații. Sunt mai curând "empiriciști". Viața lor sufletească se desfășoară prin oscilații (cicluri) între euforie

și depresiune, prin perturbarea așa-numitei *proporții diatezeice*. Tipul caracterologic corespunzător celui picnic-somatic este cel *ciclotim* (ciclotimic), varianta premorbidă fiind *cicloidia* (prezentă la *cicloizi*).

2. Tipul *leptosom* (cu varianta sa extremă: tipul *astenic*) se caracterizează prin față ovoidă uscățivă, gât lung, corp subțire, torace lung și plat, longiliniaritate (leptomorfie, dolicomorfie), adipozitate (și musculatură) reduse. Tipul caracterologic corespunzător este *schizotimul* - tipul premorbid fiind *schizoidul*. Afectivitatea schizotimului nu este unitară, (coexistă tendințe și aprecieri diverse și chiar antagoniste, *ambivalente*), atenția este divizibilă. Ei sunt (sau par) închiși, enigmatici, reci, indiferenți la lumea din jur sau chiar ostili față de mediu - așadar nesociabili. Conduita lor este frecvent neadevărată, bizară. Gândirea lor este abstractă, cu capacitatea de a sesiza detaliile; există o predilecție pentru neobișnuit. Viața sufletească a schizotimilor este complexă, profundă, spasmodică, proporția de "elemente contrarii" schimbându-se prin crize și sacade (și nu lin, prin undulații, ca la sintoni). Oscilațiile se fac între polul obtuz și cel iritabil, între insensibilitate și hipersensibilitate, între apatie și afectuozitate (prin perturbarea așa-numitei "proporții psihestezeice"). Dintre leptosomi se recrutează mulți teoreticieni, formalști, sistematicieni, fanatici.

3. Tipul *atletic* se caracterizează prin corp înalt, de construcție solidă; capul este adesea rotund, corpul este bine proporționat (mediolin, mezomorf). Athleticul este liniștit în mișcări, mai curând greoi; imaginația este redusă, dar perseverența este remarcabilă. Radicalul constituțional al vieții "atletotimilor" este "viscozitatea psihică" (Kretschmer și Enke, 1935), dar întreruptă de manifestări paroxistice, *explosive*. De altfel, predispoziția neuropatologică este către epilepsie, iar cea psihiatrică, spre intemperanță și catatonie.

Alături de aceste tipuri "normale", Kretschmer deosebește și tipuri *displastice* (net "anormale", submorbide sau chiar morbide), de exemplu gigantismul eunucoid, adipozitatea distrofică etc.

S. Eitner a arătat că tipologia lui Kretschmer devine mai maniabilă în cercetările medicale curente dacă se face o "corecție pentru continuitate", deosebindu-se următoarele categorii: astenici, leptosomi, leptosomi-atletici (aceste trei categorii alcătuiesc "aripa

stângă”), atletici, atleto-picnici, picnici (aceste două ultime categorii alcătuind o “aripă dreaptă”).

După K. Conrad, picnomorfismul se apropie de tipul morfologic și psihologic infantil, în timp ce varianta leptomorfică este aceea care prezintă trăsăturile maturității.

Tipologia lui Sheldon

Cercetările biopatologice ale școlii americane sunt ilustrate de către rezultatele lui W. H. Sheldon. În clasificarea formelor constituționale pe care o propune, Sheldon folosește o nomenclatură embriologică, ținând seama de dezvoltarea și de rolul în economia organismului a derivatelor celor trei foițe embrionare:

1. Tipul “visceral” este tipul *endomorf*: “rotund”, afabil, iubitor de comodități, de spectacole și de tovărășie, curios și tolerant, satisfăcut de sine însuși, atașat de familie și de trecut.

2. Tipul *mezomorf* are sistemul muscular și cardiovascular bine dezvoltate: puternic, plin de energie, poate dur, curajos, combativ și chiar agresiv, iubitor de aventură și de excitații, cu tendințe dominante, trăind mai ales în prezent.

3. Tipul *ectomorf* are sistemul nervos dezvoltat și sensibil. Este de obicei slăbănog și fragil, cu mișcări dizarmonice, dar cu reacții fiziologice vii. Este foarte sensibil la durere. Iubitor de singurătate, nesigur de sine, introvertit și poate egoist, ectomorful așteaptă fericirea de la viitor. •

Diagnosticul somatotipului se face folosindu-se o scară care merge de la 1 la 7. Tipurile extreme sunt notate 7.1.1, 1.7.1. sau 1.1.7., arătându-se astfel participarea componentelor endomorfă, mezomorfă și ectomorfă la alcătuirea somatotipului. Gândirea lui Sheldon este, așadar, o gândire *factorială*. Scara este aplicată unor măsurători obținute din 17 diametre ale corpului. Metodologia lui Sheldon este deci *biometrică*. Tipurile umane frecvent întâlnite se caracterizează prin formula 4.4.3. sau altele asemănătoare. Este de

menționat, de asemenea, că W. Sheldon încearcă să reînvie obiceiul de a compara tipul fizic și temperamentul uman, cu o specie animală, vorbind despre tipul leopard, viespe, lup, leu de mare, balenă etc. Acest obicei se întâlnește la Della Porta în secolul al XVI-lea și la Lavater, în secolul al XVIII-lea.

După Sheldon, temperamentul este “amestecul” a trei componente primare: viscerotonia, somatotonia și cerebrotonia. Predominanța viscerotoniei (legată de endomorfism) înseamnă o viață orientată spre asimilarea și spre conservarea energiei. Predominanța somatotoniei (legată de mezomorfism) înseamnă o viață orientată spre mișcare, spre utilizarea viguroasă a energiei. Cerebrotonia (legată de ectomorfism) se manifestă prin inhibarea exprimării viscerotonice și somatotonice, cu hipersensibilitate. Viscerotonia este o orientare infantilă; somatotonia - una tinerească; cerebrotonia - una matură sau chiar bătrânească.

*

Similară biotipologiei lui Sheldon, biotipologia lui M. Martiny vorbește despre endoblast, cordomezoblast și ectoblast. Endoblasticul (care se “suprapune” parțial peste digestivul lui Sigaud și peste breviliul astenic al lui N. Pende) este un hipoevoluat pseudoinfantil. Mezoblasticul este un respirator (brevilin stenic); cordoblasticul - un muscular (longilin stenic), iar ectoblasticul este un cerebral (longilin astenic). Fiecare tip are caracteristici biochimice, metabolice, endocrine, psihice - ca și predispoziții morbide conturate mai mult sau mai puțin clar. Ceea ce este îndeosebi de reținut, pentru noi, este concluzia lui Martiny după care patologia mentală este o patologie a *mixotipurilor*. Endomezoblasticul poate deveni un criminal sadic; ectocordoblasticul este predispus la psihastenii; ectoendoblasticul s-ar întâlni frecvent printre perversii sexuale etc.

Caracterologiile

Dacă Aristotel cunoștea "un fel de a fi" propriu indivizilor (*ethos, habitus*), "caracterele definite prin trăsături distinctivă" apar la Teofrast (sec. IV î.e.n.), mai ales ca o descriere de defecte tipizate. Pe aceeași linie a "portretelor" merge și La Bruyère, iar ideea de caracter este o idee de bază în literatura morală clasică. În psihologia științifică este de reținut opera de pionierat a lui Descuret (1942), intitulată *Médecine des passions*, și opera fundamentală a lui Ribot (1892).

Dacă admitem definiția lui La Senne (1930), după care caracterul este "ansamblul dispozițiilor care formează scheletul mental al unui om", caracterologia trebuie să includă și reconsiderarea tipologiei hipocratice. O astfel de reconsiderare au încercat-o printre alții, Heymans și Wiersma (1908), I. P. Pavlov.

Legarea particularităților temperamentale și caracterologice de particularități *funcționale* ale organismului (reflexologie, endocrinologie, sistem vegetativ) și a celor caracterologice de factorii sociali - sunt obiective complementare ale oricărei cercetări caracterologice moderne. Cercetarea rolului *vicisitudinilor vieții individuale*, formarea caracterului a fost efectuată, mai ales de către psihanaliști.

Caracterologia lui Heymans, Wiersma, La Senne

În multe caracterologii moderne se simte influența lui Gross care a vorbit (1902) - în cadrul dinamicii psihice - despre o *funcțiune primară* (consumarea resurselor nervoase primitive, corespunzând unei activități mentale pozitive) și despre o *funcțiune secundară* (reconstituirea resurselor cheltuite corespunzând și persistenței experiențelor trecute).

Preponderența funcțiunii primare dă o reactivitate și o adaptabilitate ușoară, spirit practic, aderență la concret, forță a impulsurilor. Preponderența funcțiunii secundare duce la absorbție de către viața interioară, abstracții și amintiri: personalitatea este lipsită de unitate, rezonanțele afective sunt însemnate. "Secundarii" pierd în întindere

cea ce câștigă în profunzime. Ținând seama de acest punct de vedere, Heymans (1907), în urma prelucrării a 2.000 de chestionare, a "transformat" doctrina clasică hipocratică într-o caracterologie empirică, deosebind patru tipuri cu predominanța funcțiunii primare (amorful, nervosul, sanguinicul și colericul) și patru tipuri "secundare" (apaticul, sentimentalul, flegmaticul și pasionatul).

Opoziția "primar/secundar" se referă în primul rând la însușirea reacției de a fi *imediată* sau *tardivă și elaborată*. Dar această, opoziție corespunde, într-o oarecare măsură, și la opozițiile ciclotim/schizotim, prezentist/non-prezentist (Paulhan), extravertit/introvertit (Jung), dilatat/retractat (Corman), extratensiv/intratensiv (Rohrschach). De predominanța patologică a funcțiunii primare s-ar lega stările maniace, iar de predominanța funcțiunii secundare s-ar lega schizofrenia ca și stările paranoice.

Și La Senne (1930, 1945) folosește răsunetul reprezentărilor, (după Gross), dar alături de emotivitate și activitate (criterii luate în considerare de Heymans și Wiersma); cele trei însușiri fundamentale în două variante (activ și non-activ, emotiv și non-emotiv) dau naștere la $2^3=8$ "tipuri-repere", care sunt chiar tipurile acestor autori. Iată-le exemplificate cu personalități celebre, și notând totodată unele tendințe (sau predispoziții) morbide:

- nervoșii (E, nA, P): Byron, Verlaine, Loti, Musset, Stendhal (psihonevroze emotive, isterie, mitomanie);
- sentimentalii (E, nA, S): Amiel, Rousseau, Vigny, Kierkegaard (nevroză, melancolie, neurastenii; psihastenii; schizofrenie);
- pasionații (E, A, S): Napoleon, Pascal, Louis XIV, Zola, Goethe, Hegel, Comte, Descartes, Bossuet, Nietzsche, (paranoia);
- colericii (E, A, P): Danton, Beaumarchais, Hugo, Casanova (manie);
- sanguinicii (nE, A, P): Bacon, Voltaire, Talleyrand, Giraudoux;
- flegmaticii (nE, A, S): Kant, Joffre, Bergson, Franklin, Taine (raționalism morbid);
- amorfii (nE, nA, P): Louis XV;
- apatici (nE, nA, S): Louis XVI (perversiuni).

* E = emotiv, nE = non-emotiv, A = activ, nA = non-activ, P = primar, S = secundar.

Însușiri complementare luate în considerare la edificarea caracterologiilor moderne mai sunt: lărgirea câmpului de conștiință; "aviditatea" care corespunde egocentrismului (dar nu egoismului sau tendințelor conservatoare); orientarea generalizantă (sintetică) sau particularizantă (analitică) a inteligenței. După Gaston Berger (1950), mai putem ține seama de următoarele proprietăți tendențiale:

- polaritatea "marțiană" (a impune) sau "venusiană" (a seduce);
- tandreșea (altceva decât altruismul sau decât "bunătațea");
- forța intereselor senzoriale (inclusiv interesul pentru artă);
- pasiunea intelectuală (tendința de a "utiliza inteligența", indiferent de capacitatea acesteia; gustul ideilor, al analizei psihologice, al dificultății "teoretice").

Fiecărei variante caracterologice îi corespunde o atitudine față de boală și față de medic, după cum s-a străduit să arate Torris și după cum vom detalia la momentul oportun.

Acestor variante caracterologice le corespunde și o anumită atitudine față de medicină și față de bolnavi, *din partea medicului*, (Tilitchéef).

Alte caracterologii

1. Caracterologia psihanalitică (S. Freud, Ana Freud ș.a.) privește caracterele curent întâlnite ca fiind fixări sau arierări la stadii infantile ale dezvoltării lui *libido sexualis* (caractere: oral, anal, uretral, falic, narcisic, masochist) - în timp ce caracterul "genital", franc dezvoltat, este un ideal rareori atins.

2. Tendințele de a găsi opoziții *polare* în lungul unei dimensiuni se întâlnesc și la caracterologie. Încă Fr. Schiller opunea pe *naivi*, *sentimentalilor*; Nietzsche deosebea pe *apolinic* de *dionisiac*; C. Spitteler (1881) vorbea despre Epimeteu și Prometeu; O. Gross distinge pe *reflexivi* și pe *expansivi*; Worringer (1911) opunea "obiectivizarea" propriei sensibilități (*Einfühlung*) - abstracțiunii; W. James clasifică pe filosofi în *raționaliști* ("fixați" pe idei) și în *empiriști* (atenție la fapte); W. Ostwald (1903) opune tipul de savant

clasic (temeinic, profund) celuia *romantic* (rapid, impetuos, nesistematic, poate superficial). Se remarcă multe corespondențe cu tipologia lui I. P. Pavlov și Ivanov-Smolenski, bazată pe predominanța *primului* sau celui de-al *doilea* sistem de semnalizare.

3. C.G. Jung (1921) deosebește două tipuri iraționale: *perceptivul* și *intuitivul* - și două tipuri raționale: *afectivul* și *reflexivul*. Fiecare dintre ele poate să se asocieze unui tip fundamental de comportare, atitudine, orientare: *extravertitul* (îndreptat spre lumea exterioară) și *introvertitul* (interiorizat). Fiecare dintre atitudini poate fi, în sfârșit, activă ("voită") sau pasivă ("suferită"). Extraversiunea înseamnă dirijarea spre obiect a energiei psihice, interes pentru realitate, adaptare până la identificare. Destinul extravertiților este determinat de obiectele intereselor lor. Introvertiții sunt cei care pun accentul pe "realitatea subiectului", care determină în mare măsură și destinul. Extravertitul reflexiv este raționalist; cel emotiv este isteroid; cel perceptiv este senzual ("epicureic"); cel intuitiv este "intuitivul" vorbirii curente. Introvertitul reflexiv este filosoful de "tip kantian"; cel afectiv este un om care se consumă în viața sa interioară; cel perceptiv este un fantezist iraționalist; cel intuitiv poate ajunge un vizionar sau un artist fantast. Cu elemente mixte se profilează *ambivertul*.

4. H. J. Eysenck a propus (1963) următoarea schemă a relațiilor dintre genotip (identificat întrucâtva abuziv cu "factorii constituționali") și fenotip (identificat, în psihologie, cu comportamentul observabil). La bază se găsește echilibrul dintre excitație și inhibiție. Mai ales sub influența condiționării se ajunge la tipul extravertit respectiv introvertit, legat de trăsături primare ca: sociabilitate, impulsivitate, activitate etc. Influențele de mediu, acționând în continuare, generează atitudini, adică obiceiuri de gândire.

Pentru H. J. Eysenck, extravertitul se caracterizează printr-o puternică și promptă inhibiție *corticală* (în timp ce introvertitul se caracterizează prin comportament *inhibat*). Inhibiția corticală înseamnă inhibiția centrilor superiori inhibitori și ca atare este o dezinhibiție a comportamentului. Condiționarea se face deci mai dificil la extravertiți, ceea ce are importanță în patologia nevrozelor (și, poate,

a criminalității). Nevroticii condiționează rapid și astfel dobândesc un mare număr de răspunsuri emoționale puternice și maladaptive. Criminalii condiționează greu și astfel dobândesc cu greu răspunsurile condiționate adaptative care constituie comportamentul socializat. Mai precis, bolnavii psihosomatici, ca și obsesivii și anxioșii, se recoltează mai ales din grupul introvertiților; psihopații, delinvenții și criminalii sunt mai ales extravertiți, dar au un grad de *neuroticism*. Istericii sunt întrucâtva extravertiți, la un grad comparabil de structură nevrotică cu nevroticii distimici.

5. Vexliard a propus înlocuirea cuplului "extraversiune-introversiune" prin cuplul *aloplastie* și *autoplastie*, pentru a exprima aspecte mai esențiale ale relațiilor dintre individ și mediu. Sunt relații de reacție și de adaptare - și nu de atitudine. Aceste două caracteristici pot lua o formă *activă* sau *pasivă* și astfel clasificarea întâlnește vechea doctrină a celor patru temperamente:

a) autoplastia activă caracterizează pe cei ușor *adaptabili* la schimbarea mediului, prin *modificarea* propriului mod de a fi (om sociabil cu sociofilie multilaterală).

b) autoplastia pasivă se adaptează în mod selectiv; este posibil ca mediul social convenabil să se reducă la unul singur (sociofilie unilaterală). Persoana e *adaptată*.

c) aloplastia activă caracterizează pe cei care se adaptează la mediu modificându-l efectiv. Persoana concepe și realizează o transformare a mediului (ceea ce merge mână în mână cu un oarecare autoritarism, sau cu abilitate). Persoana este un *adaptator*.

d) aloplastia pasivă este caracteristica nemulțumirilor *inadaptabili*, adesea utopiști; ei concep pretutindeni transformări posibile (și necesare), dar de obicei nu sunt capabili să le realizeze.

După cum se poate observa, tipul a) este extravertit sociabil, iar tipul b) un introvertit sociabil; tipul c) este un extravertit autoritar (un somatotonic după Sheldon), iar tipul d) un introvertit asocial (corespunzător, poate, viscerotonicului).

6. Termenii *autoplastie/aloplastie* au fost folosiți de Ferenczi (1924) pentru variante de adaptare. Schachtel (1959) și Heath (1965) folosesc termenii *autocentric/alocentric* pentru a desemna stadii ale

dezvoltării *cognitive*. A. Meyer (1932) a utilizat termenul *alotropie* pentru cel preocupat de ceea ce fac sau gândesc alții.

7. *Caracterologia psihiatrică* s-a constituit pe baza apropiierilor dintre caracter și unele sindrome psihopatice, nevrotice și psihotice. Una dintre variante a fost elaborată de către Achille Delmas și Boll și detaliată de către școala psihologică de la Cluj sub conducerea lui P. Ștefănescu-Goangă.

Ștefănescu-Goangă, Al. Roșca și S. Cupcea vorbesc (1938) despre *instabilitatea emotivă* descriind următoarele *constituții* situate la limita normalului (sau a patologicului) și care pot fi diagnosticate prin teste și chestionare:

1. *Constituția paranoidă*, cu hipertrofia eului, egocentrism și egofilie, manifestări megalomane și - implicit - conflicte cu obstacole exterioare. De aci, idei de grandoare și de persecuție, care patologic se pot *sistemiza* (psihoze de interpretare și revendicare).

2. *Constituția perversă (moral insanity)* cu amoralitate, lipsă de afectivitate și de disciplină, cruzime.

3. *Constituția cicloidă*, cu oscilație între agitație dezordonată și depresiune, între hiper- și hipoactivitate, între exces și lipsă de energie. Excitații și depresivii constituționali nu sunt decât variante ale acestui caracter, cu predominarea unui aspect.

4. *Constituția hiperemotivă* (Dupré) este caracterizată printr-o exagerare difuză a sensibilității și insuficiența inhibiției reflexe și voluntare (sensitivitate, impresionabilitate, anxietate, impulsivitate, reacții vegetative).

5. *Constituția schizoidă* se definește prin introversiune, apragmăzie, detașare de mediu, slabă sociabilitate, ambivalență, autism.

La acestea se adaugă stări nevrotiforme cum ar fi *constituția psihastenică* (sentiment de insuficiență și irealitate, cu fobii, obsesii, idei fixe), *neurastenia* (cu fatigabilitate, cene-stopatii, insomnie, ipohondrie), *constituția isteroidă* (cu explozii emotive, sugestibilitate, fugă în boală și în spectacol, dificultăți în adaptarea afectivă). *Constituția mitomaniacă* (Dupré, Delmas și Boll) cuprinde stigmatizarea isteroidă plus tendința nativă, aproape irezistibilă, către fabulație, minciună și simulare.

Tipuri de activitate nervoasă superioară

Cercetările şcolii lui Pavlov au căutat de-a lungul mai multor decenii să pună studiul comportamentului pe o bază fiziologică cu ajutorul unor metode obiective - metodele de studiu ale activităţii reflex-condiţionate, să stabilească diferitele tipuri de activitate nervoasă superioară la animale (în special la câini) şi să arate importanţa acestor tipuri pentru înţelegerea particularităţilor de comportament la om, în cazurile normale ca şi în cele patologice.

Activitatea nervoasă pe care o prezintă animalul reprezintă, după I.P. Pavlov, rezultatul contopirii trăsăturilor înnăscute (ereditare) cu variaţiile determinate de mediul extern: *caracterul* este *fenotipic*. *Înşuşirile* luate în considerare au fost *energia* proceselor fundamentale (excitaţie, inhibiţie), *echilibrul* lor şi *mobilitatea* lor. Dintre tipurile care rezultă prin combinarea variantelor acestor înşuşiri, importanţă practică au numai *patru*; ele corespund, la om, celor patru *temperamente hipocratice*. Caracteristicile fundamentale ale sistemului nervos fişi imprimă pecetea asupra "întregii activităţi a fiecărui individ".

De fapt, nu există superpoziţie perfectă între caracteristicile neuro-tipologice şi caracteristicile comportamentale. În cercetarea persoanei trebuie să se acorde mare atenţie deosebiri dintre reacţiile variabile şi reacţiile tipice şi, de asemenea, trăsăturilor de *caracter*. Pentru psihologia medicală este foarte important să se distingă *fondul temperamental constituţional* de rezultatul influenţării temperamentului prin boală (de obicei, bolile cronice sau serioase *slăbesc* sistemul nervos şi-l dezechilibrează).

Tipul puternic dezechilibrat corespunde colericului: este excitabil şi combativ, tahipragic şi tahipsihic, iritabil şi energic, dar lesne epuizabil. În funcţie de educaţie, poate manifesta trăsături despotice şi de brutalitate, sau de organizator. Exemple ilustrative sunt Casanova, Beaumarchais, Danton, V. Hugo - iar dintre medici, Clémenceau şi N. Gh. Lupu.

Tipul puternic echilibrat mobil corespunde sanguinului: este omul activ şi "înfierbântat", viguros, jovial, cu tendinţa de a exagera şi de a fi "satisfăcut de el însuşi"; este foarte adaptabil. Exemple ilus-

trative sunt: Bacon, Voltaire, Talleyrand, Goethe (în tinereţe), Marx; dintre medici cităm pe Rabelais şi I. P. Pavlov.

Tipul puternic echilibrat (inert) este flegmatic, egal, insistent, perseverent, calm. În funcţie de nivelul de dezvoltare a personalităţii poate fi un inactiv, leneş, sau un activ metodic. Ca exemple cităm pe Erasmus, Franklin, Kant (?), Taine, Bergson, Coşbuc, Slavici, iar dintre medici, pe J. Locke.

Tipul slab este "melancolic", cu sistem nervos evident inhibabil. Celulele corticale se epuizează rapid sub influenţa excitanţilor puternici (sau a celor monotoni acţionând îndelungat) şi apare inhibiţia supraliminară. Inhibiţia externă este mare, iar cea internă iriază lesne (deşi poate fi slabă). Procesul de excitaţie este slab şi este slabă şi inhibiţia internă activă. Tipul slab se prezintă sub numeroase variante şi este ilustrat de creatori ca Rousseau, Vigny, Chopin, Amiel.

Tipul de activitate nervoasă ţine, în mare măsură, de raportul dintre cortex şi centrii subcorticali şi de raportul dintre primul şi cel de-al doilea sistem de semnalizare.

I. P. Pavlov şi şcoala sa au arătat că reprezentanţii tipurilor slab şi neechilibrat sunt cei mai vulnerabili în ce priveşte afecţiunile psihice. Cei ce aparţin tipului slab sau puternic neechilibrat sunt predispuşi bolii hipertensive şi bolii ulceroase; ulcerul care aparţin ultimului tip au o evoluţie mai dureroasă cu frecvente complicaţii, dar remisiunile sunt mai lungi. La bolnavii cu tip puternic, poliartrita reumatică are un caracter mai acut şi evoluează ciclic şi favorabil; la cei cu tip slab, evoluţia este ştearsă, trenantă şi gravă. La tipul inhibabil sau excitabil, evoluţia intoxicaţiilor este mai îndelungată şi mai dramatică - ea fiind favorabilă la reprezentanţii tipului puternic echilibrat.

Pentru terapeut este de mare însemnătate concluzia că *reacţiile farmacodinamice* sunt diferite, în funcţie de tipul de A.N.S. Şi pentru laic este importantă această concluzie, de vreme ce experimente instructive au fost efectuate cu ajutorul cofeinei - substanţă excitantă din cafea şi din ceai (A. Athanasiu, V. Enescu şi C. Iota, 1957). *Echilibrarea* proceselor nervoase dereglate necesită o terapie

diferențiată tipologic (luminal la tipul excitabil, bromuri la tipul slab; când este slabă atât excitația cât și inhibiția - asocierea bromuri+cofeină; clorallhidrat la tipul inert).

*

Pentru psihologia și pentru medicina umană este necesară o tipologie care să țină seama de *cel de-al doilea sistem de semnalizare*. La *homo sapiens* au apărut, s-au dezvoltat și s-au perfecționat *semnale de-al doilea ordin*, semnale ale primelor semnale, sub forma sunetelor articulate. Cuvântul este, în primul rând, un "al doilea semnal al realității". *Vorbirea* introduce "un nou principiu în activitatea emisferelor cerebrale" - legat de abstractizare, generalizare: *gândirea umană*. În urma activității primului sistem de semnalizare, reflectarea realității este *concretă, în imagini*; în urma celui de-al doilea sistem ea este *abstractă, în noțiuni*.

I. P. Pavlov a arătat că, practic, se întâlnesc tipuri *mixte* și tipuri cu *predominanța* unuia dintre sisteme. Tipul cu *predominanță* a primului sistem de semnalizare este *tipul artistic*; predominanța celui de-al doilea sistem de semnalizare definește *tipul gânditor*.

Prin exagerarea patologică, aceste tipuri dau *isteria*, respectiv *psiastenien*. Diagnosticarea apartenenței la unul dintre aceste tipuri este foarte importantă pentru *adaptarea psihoterapiei*. Receptivitatea la hipnoză este maximă la cei care aparțin tipului artistic. După Ivanov-Smolenski s-ar putea vorbi mai bine de oameni la care predomină *evident* gândirea imaginativă-emoțivă și de oameni la care predomină *evident* gândirea verbală abstractă. La primii (care sunt impresionabili și emotivi) există un interes deosebit față de muzică, teatru și literatură și față de științele descriptive, - în timp ce la ultimii există un interes special pentru probleme abstracte.

Indicațiile lui I. P. Pavlov nu au fost înțelese întotdeauna corect. *Tipul artistic* nu este, de fapt, un "tip de artist" - ci un tip cu o dispoziție reprezentativă, cu o puternică afectivitate (fiecare eveniment psihic devine ocazia unei emoții) - de unde și o receptivitate particulară pentru opera artistică (afectivitatea este simpatetică); cu o

cuprindere globală, sintetică și intuitivă a realității și cu o imaginație figurativă care nu ignorează detaliile. Expresia este sugestivă și vie, spontană; "logica" predominantă este o logică "afectivă".

Tipul gânditor se caracterizează printr-o mare putere de abstractare și de schematizare; gândirea are la rândul ei un caracter ideatic, cu o slabă coloratură afectivă. Realitatea este cuprinsă segmentar, analitic - elementelor desprinse din ansamblu li se recunoaște o "viață relativ independentă". Gândirea este - astfel - precisă și pătrunzătoare, dar adesea ezitantă, critică, sceptică. Paulhan a observat cu multă ascuțime de spirit că există o *diversitate* de tipuri analitice (observatorul, clasificatorul, criticul). Tipul gânditor vede în obiectul individual conceptul general, *ideea*. Imaginația este combinatorie și discursivă, mergând de la detalii la unitate (în timp ce tipul artistic merge de la unitate la detalii). Spontaneitatea este înlocuită cu dezvoltarea logică și cu metoda. Expresia este clară, precisă, impersonală. În timp ce tipul gânditor vede mai ales formele (chiar goale de conținut), tipul artistic nu neglijează formele vii, concrete și emoționante.

I. P. Pavlov a remarcat că reuniunea într-o singură persoană a unui mare gânditor și a unui mare artist reprezintă o mare raritate în istoria omenirii și a căutat să dea o explicație neurofiziologică a acestui fapt.

Tipologia și asimetria emisferelor cerebrale

Observații neuropsihologice mai vechi, ca și cercetări recente asupra pacienților ce au suferit transecțiunea corpului calos (comisurotomie), au dus la convingerea că cele două emisfere cerebrale nu sunt echivalente nu numai din punctul de vedere al localizării centrilor vorbirii (prezenți, în majoritatea cazurilor, în emisfera stângă), ci și din punctul de vedere al altor funcții psihice determinante pentru modul de contact cu realitatea exterioară și "interioară". Se vorbește de o asimetrie cerebrală, de o dualitate a creierului și a minții (Oppenheimer, 1977), consecință a unei specializări

emisferice (Pribram). Lucrările cele mai sistematice se datoresc lui Sperry și Levy (1968 ș.u.). Lateralizarea funcțională este exprimată grosier prin opoziția dreptaci/stângaci; diferențierea cu stabilizare a împărțirii funcțiilor pe emisfere are loc în primii ani după naștere (Turkewitz, 1977), deși asimetriile morfologice (temporale și frontale) există și la făt (Wada). Emisfera stângă este mai aptă să recepționeze stimulii la experiența trecută, în timp ce emisfera dreaptă este mai aptă să prelucraze stimulii ce nu sunt ușor de identificat și de reperat. Când cele două emisfere sunt separate chirurgical, fiecare dintre ele este capabilă să susțină o "conștiință" independentă, sau măcar autonomă. Datele neurofiziologice pot fi apropiate într-altfel de tema literar-filosofică a dualității naturii umane, a conflictului interior (într-altfel decât prin opoziția "verticală" între cortex și subcortex, între social-cultural și biologic etc.). O apropiere se poate face cu ceea ce psihanaliztii (urmărindu-l pe Freud) numesc procese *primare* și procese *secundare* (Galín, 1977). Emisfera dreaptă folosește, într-adevăr, un mod non-verbal de reprezentare (probabil imagini), raționează printr-un mod non-linear de asocieri (rezolvă problemele mai ales prin convergență de determinanți, decât printr-un lanț causal), este superioară în sesizarea relațiilor dintre parte și întreg (se orientează "holistic"), cuvintele pe care le "posedă" nu sunt organizate pentru a fi utilizate în propoziții, ci în metafore și simboluri. Dacă admitem că emisfera stângă poate suprima unele activități ale emisferei drepte, sau opri accesul unor produse ale acestei activități (Bogen), înseamnă că se poate admite și o activitate *deconectată* a emisferei drepte, care ar interveni în refulare și în psihismul subconștient. Imaginile sunt un mod de funcționare mentală mai legate de afectivitate.

Factorul critic în dezvoltarea specializării laterale ar fi interacțiunea competitivă între emisfere, competiție susținută de factori culturali, educaționali, de exercițiu. În achiziționarea filogenetică și ontogenetică a limbajului, emisfera dreaptă suferă o restrângere a posibilităților sale funcționale: un "revers al medaliei", dar și cea stângă renunță în mare parte la capabilitatea de a interveni în manipularea obiectelor din spațiu (Gozzaniga). O "perspectivă antropologică" culturală arată cum apar diferențe de frecvență și exprimare

a stângăciei, dar și a stilului cognitiv, legate de diferență de sex (Dawson, 1977). Emisfera stângă se maturează mai lent deoarece, pentru copilul mic, repertoriul din domeniul somato-senzorial și vizuospațial este mai important pentru adaptare (Whitaker și Ofemann).

Eccles preferă să vorbească despre emisferele *dominantă* și *minoră*, prima având legătură strânsă cu conștiința, cu ideaticul, cu conceptualul, cu analiza detaliilor, cu aritmetica (este un creier de tip "computer"), cealaltă cu muzica, cu pictura, cu sinteza, cu geometria. Lobul prefrontal al emisferei dominante este locul predilect de legătură între "lumea" conștiinței de sine și "lumea" culturii.

Tipuri spirituale

Și tipurile spirituale sunt "întreguri", și ca atare ne sunt date intuitiv, deși pot fi adâncite prin analiză. Pentru a ne orienta operația de *sistematică* (sau de sistematizare), recurgem, pe de o parte, la *tabelele de valori*, - pe de altă parte - la cercetarea atitudinilor în *situațiile-limită*.

Valorile alcătuiesc lumea de preocupări a axiologiei. Omul poate fi caracterizat prin "tropismul către valori" (*axiotropism*, Eug. Speranția) și prin *voința de a fi valoare*. Există (sau poate exista) o infinitate de specii de valori; ele nu pot fi traduse în realitate (realizate, posedate etc.) simultan - și astfel apar în concurență, conflict, coliziune. Omul trebuie să *aleagă*; rezultă ordonări ale valorilor după rang, ierarhizări, *tabele*. Interesul tabelor de valori (cum le-a numit Nietzsche) stă tocmai în această *ierarhie* a lor, diferită nu numai de la o epocă social-istorică la alta, ci și de la un individ la altul. Formularea explicită și "justificarea" unei asemenea ierarhii alcătuiește o *doctrină despre viață* (*Lebenslehre*), fiecare dintre ele reprezentând una dintre valori ca pe un țel demn (*télos*), ca pe un *summum bonum*. La Cicero (ca și la Plato, de altfel) "virtuțile cardinale" erau *sapientia*, *fortitudo*, *temperantia*, *justitia*. În lumea creștină, țelul suprem era *safia*, cunoașterea spectaculară și intuitivă a Creatorului, care duce la

credință, dragoste, speranță. La Plato și la Aristotel, cunoașterea este un scop *în sine*, poate un scop suprem - în timp ce, la Cicero, cunoașterea care nu duce la acțiune nu se bucura de un respect deosebit; la creștini, *valoarea* cunoașterii era în funcție de orientarea ei către creator. Nietzsche scria că viața este *oricum* suportabilă, dacă este privită ca experiență de cunoaștere. Această idee are o valoare psihoterapeutică reală și "suportivă" pentru *homo theoreticus*. Chiar moartea poate fi privită (cu o justificare discutabilă) drept o *supremă* experiență de cunoaștere. Nu numai pasiunea *nobilă* a cunoașterii, dar și simpla *curiozitate* poate fi utilizată, pe această linie, în sens "psihosuperviviv". Dar ordonarea *ierarhică* nu este singura atitudine față de multiplicitatea valorilor; există tipuri umane care reușesc performanța aprecierii lor oarecum estetice după izolarea lor, în timp ce la altele - valorile se găsesc în continuă *luptă*, luptă care poate duce la subordonare (temporară) sau la excludere.

*

De mare interes - nu numai ergonomic, ci și medical - ni se pare tipologia propusă de Franziska Baumgarten, care deosebește un tip (extrem) legat de operă, de realizare (*Werkgebunden*) și un tip legat de viață (*Lebensgebunden*). Pentru primul, scopul vieții este realizarea prin muncă, activitatea constructivă sau creatoare. În oamenii aparținând acestui tip acționează un "instinct" care-i îndeamnă să "facă" și să lucreze - indiferent dacă este vorba de o creație artistică sau științifică, sau de o treabă de meseriaș. Munca le poate absorbi întreaga existență, până la "fanatism" (Nietzsche scria undeva că el nu dorește *noroc*, ci *realizare*). Tipul legat de muncă (activitate, operă) nu poate fi nefericit atât timp cât poate munci cu *rezultate*. Munca este aproape un scop *în sine* - și nu un mijloc pentru dobândirea unor avantaje materiale sau/și morale. De fapt, tipul *Werkgebunden* este un "creator", care trăiește în virtutea unui *fel* și care adeseori își organizează viața după un plan care să asigure atingerea *felului*. Tipul aceste cuprinde oameni *fideli* operei lor și gata oricând la *sacrificiu* pentru realizări de interes suprapersonal. Legătura afectivă cu ceea ce

"fac" este atât de puternică încât ea le poate perturba existența cotidiană și sănătatea.

Pentru tipul legat de viață, viața nu este o "valoare prealabilă" sau o condiție pentru realizări, ci *bunul suprem*. Munca este o obligație poate penibilă - nu o "necesitate vitală". Participarea la bucuriile vieții este "idealul" cotidian. Ceea ce este "trăit" de către persoană *nu* este prelucrat pentru o ulterioară realizare obiectivă, ci *savurat*. Viața este prelucrat pentru o ulterioară realizare obiectivă, ci *savurat*. Viața acestui tip decurge în mai mare măsură după întâmplare, "văzând și făcând". Pentru primul tip "opera domină omul", pentru celălalt "omul este mai prețios decât opera". Primul se bucură de opera *sa* și înfrumusețează prin ea viața altora; tipul "legat de viață" își înfrumusețează viața *sa* (uneori cu opera altora) și se bucură de *existență*. Persoanele concrete sunt în general tipuri mixte (de exemplu Goethe și chiar Einstein).

Atitudinea față de boală este, desigur, diferită de la un tip la altul - dar aceste aspecte nu au fost studiate (nici măcar semnalate!) de către autoare. Boala poate împiedica *realizări* sau numai accesul la bucuriile zilnice ale vieții. Pentru un tip *Werkgebunden* este mai ușor de obținut buna folosință a bolii (suferința poate *stimula* creația; creația poate deveni un sens al vieții cu infirmități). În cazul bolilor cronice sau cu prognostic infaust, recomandările terapeutice și igienice trebuie să țină seama de apartenența la un tip sau la altul. Pentru mulți creatori, importantă este supraviețuirea *în operă*, iar optima folosință a zilelor care mai pot fi trăite este munca întru realizarea a ceva obiectiv, transpersonal. Compozitorul I. Stravinsky, la bătrânețe, ezita să se trateze medicamentos pentru boli și suferințe reale, de teamă să nu i se altereze forța de creație.

"Analiza destinului" la L. Szondi

Cercetările lui Szondi (începute în 1931) tind să acrediteze ideea că tropismul către anumite valori depinde în mod complex de factorii familiali și ereditari; în virtutea lor, individul își alege" nu numai partenerul în dragoste sau în prietenie, sau profesia (*operotropism*), ci și boala (*morbotropism*) și - uneori - forma de moarte (*tanotropism*).

Opera lui Szondi (mult controversată chiar și în Occident) încearcă să stabilească o punte între psihologia abisală și genealogie; ea se ocupă (după expresia autorului) cu *genealogia inconștientului*, încercând să descifreze conflictele "prepersonale", "familiale", ale "inconștientului familial". Alături de inconștientul personal (despre care a scris S. Freud) și de inconștientul colectiv (despre care a scris C.G. Jung), Szondi introduce un al treilea sector al inconștientului, manifestat prin solicitări și tendințe atavice. O idee centrală a lui Szondi este aceea după care inconștientul se exprimă nu numai prin simboluri și prin simptome, ci și prin *alegeri*; există, după autor, un limbaj al alegerilor (*Wahlsprache*). Față de potențialitățile ereditare, ca și față de tendințele și solicitările moștenite genealogic, eul ia poziție de aprobare și aderare sau prin refuz (adică prin "înot împotriva curentului strămoșesc"). Ultima eventualitate este compatibilă cu sănătatea și cu randamentul *numai* prin socializarea și umanizarea acestor cerințe, pe un plan mai înalt. Individul este însă *cel mult* fenotipic sănătos; în genotip, se găsesc tendințe atavice latente morbide. Boala mentală înseamnă o irupere a acestor pulsuni latente.

O altă ipoteză a lui Szondi este următoarea: aceeași genă care "în doză totală" duce la boală sau la moarte, în "doză unică" (*in refracta dosi* sau *in dosi diminuta*) - adică la parametrii "normali" - crește vitalitatea individului. Terapia preconizată este extragerea omului din "carapacea" iluziilor sale și confruntarea cu realitatea, obligându-l la o poziție *personală*, la restructurarea *liniei sale de destin*. Pentru că în fiecare om există mai multe potențialități (corespunzătoare multiplelor "figuri dinamice" din genealogie), bolnavul poate fi ajutat să-și aleagă destinul *potrivit*. Bineînțeles, deastinel nu este determinat numai de pulsuni; mai intervin un destin *rațional* și unul *social* etc.

Szondi distinge, referindu-se la bolile psihice, "cercuri genetice" (*Erbkreise*), fiecare dintre ele având relații cu un *sistem de pulsuni*. În afară de cercul schizofর্ম *Sch* și de cel circular, *C*, el distinge unul paroxismal *P* (cuprinzând tulburări epileptiforme și isteriforme) și unul *S* legat de bolile pulsuniilor sexuale (perversiuni și tendințe agresive). Cercul *Sch* este centrat pe pulsuniunea eului (*Ich-Trieb*), iar

cercul *C*, pe pulsuniile de *contact* (interuman). Fiecare dintre acești *vectori* este alcătuit din *factori*, și anume: *h* (hermafroditism, homosexualitate), *s* (sadism), *e* (epiletoid) *hy* (isteroid), *k* (catatonie), *p* (paranoid), *d* (depresiv), *m* (maniac).

Fiecare dintre cele patru pulsuni fundamentale (cu variantele sale) are caracterisitice în ce privește: 1) manifestările fiziologice, normale, sociale; 2) manifestările social-pozitive, pozitive la extrem; 3) manifestările extrem-negative, patologice, *delictuale*, tanatogene (sinucidere etc.).

Menționăm că, după L. Szondi, mulți ginecologi, sexologi, cosmeticieni aparțin tipului *Sh* (profesiuni "feminoide"). Profesiuni "androide" (potrivite pentru tipul *Ss*, cu componentă "sadică") ar fi cele de chirurg, stomatolog, anatomist, soră de operație. Organizatorii de sănătate sau medicii legiști sunt - după acest autor - tipuri *Pe*, "vedetele" sunt *Phy*, iar profesorii și cercetătorii - *Sch-k*; farmaciștii și psihiatrii, *Sch-p*.

Studiind gemeni, Szondi a căutat să măsoare participarea factorilor ereditari și de mediu - la constituirea celor opt factori. Factorii mezolabili, influențabili ușor prin educație, ar fi *e*, *s*, *d* (poate și *hy*); factorii greu influențabili ar fi *p*, *h*, *k*.

Constituție și tipologie în homeopatie

Deși homeopatia are ca principiu *individualizarea* tratamentului, pe baza unor remedii cu patogenezi complexe, bine conturate, gândirea în "categorii" tipologice nu a fost străină nici lui Hahnemann, care a deosebit grupe diateze, constituții morbide, "miasme" (psora, sycosis, syphilis). Prima tipologie "chimică" se datorește lui Grauvogl, care a deosebit trei *stări*, cu corespondențe în biotipologiile alopatice sau homeopatice ulterioare (H. Bernard, 1951):

a) hidrogenoidul, corespunzător sycozei grase, *carbonicului*, tuberculumului florid, entoblasticului, hipercorticosuprarenalilor;

b) carbonitrogenicul, corespunzător *sulfuricului* stenic spre scleros, mezoblasticului, supraîncălzirii de retenție;

c) oxigenoidul, corespunzător unui metabolism accelerat, cu deshidratare prin tulburări de catabolism, *fosforicului*, ectoblasticului, hipertirodianului.

Nebel (1930) a deosebit tipurile carbo-, fosfo-, fluoro-calceice, dar L. Vannier, este cel ce a definit *paranormalul* prin "intoxinații", legând carbonicul de psoră, fosforicul de tuberculoză și fluoricul de lues. După Vannier, constituția înseamnă "ceea ce este dat", prin ereditate mai ales, și se apreciază static, cinematic și dinamic. Aceste *prototipuri* se schimbă cu vârsta, din douăzeci în douăzeci de ani (*metatipuri*); ele nu sunt pure, ci predominante. Temperamentul este "ceea ce devine" (prin vârstă și mediu). El este studiat sub unghiul corespondențelor mitologice și planetare (tipologie astrologică: Luna și Venus corespund la temperamentele limfatice, Jupiter la cel sanguin, Marte la cel bilios, Saturn la cel atrabilar sau melancolic, Mercur și Soarele-Apollo, la cel nervos) - și cu remedii corespondente sau convenabile. Diagnosticul temperamentului se face și prin morfologie.

Zissu (în jurul anului 1960) distinge predispoziția morbidă, constituția, temperamentul, diateza și "intoxinația". El este unul dintre cei care au subliniat importanța unor "numere-cheie" în tipologii (cele mai întâlnite fiind tipologiile binare, ternare și cuaternare). El constată că tipologia are, în homeopatie, "aderenți onești, dar și adversari înverșunați" (ca Kollitsch, Voisin). Pentru practică, el admite:

a) că sulfuricul normal poate evolua și se poate angaja patologic înspre artrism și alergii; înspre *psoro-sicoză* (sulfur gras, cu remediu cardinal - *Natrum sulfuricum*) sau înspre *psoro-tuberculoză* (sulfur slab, cu remediu cardinal - *Natrium muriaticum*);

b) că evoluția carbonicului este spre -oze (sicoză invadată, scleroze, malformații);

c) că angajarea patologică a fosforicului este spre -ite (boli inflamatorii, demineralizare, hipertirodism).

Sicoza nu ar fi o constituție, ci un complex autonom (poate o suferință reticuloendotelială, Ilovici). Cât despre fluorism (distrofic anexat fosforismului de H. Bernard), el ar avea o bază etiologică largă

(alcooolism, consanguinitate, viroze *intra-partum*, politoxine, mai puțin sifilis).

Zissu mai deosebește o fază *stenică* și una *astenică* în evoluția modelajului patologic al constituției (relativ stabile) și al temperamentului (variabil, cu stadialitate de vârste). În felul acesta, se stabilește o corespondență cu tipologia lui Allendy (tonic-atonic, plasticaplastic) și cu tipologia lui Corman (dilatată, retractată). Dilatatul astenic ar corespunde la *Calcarea carbonica*, cel stenic - la *Sulfur* gras; retractatul astenic - la *Calcarea phosphorica*, iar cel stenic - la *Nux vomica*; cel concentrat - la *Aurum*; cel dispersat - la *Iodium*. Pe aceste elemente de permanență se înscriu tulburările efemere reactive, "stările" susceptibile de a fi tratate cu remediile individualizate, remedii care (după cum vom arăta în alt capitol), au, în patogeniza lor, o abundență de note și simptome psihopatologice.

Retrospectivă

Trecerea în revistă a unor biotipologii și caracterologii ni s-a părut utilă din mai multe motive. Ea a reprezentat, între altele, o panoramă a diversității sufletului uman, diversitate cu rădăcini atât biologice, cât și culturale-sociale. Cum unul dintre țelurile noastre este de a invita pe medic la o gândire subtilă și neșablonizată asupra fenomenului uman, parcurgerea paginilor precedente poate fi privită ca o bună sensibilizare pentru contactul adecvat cu o realitate complexă.

Am insistat la început asupra valorii *metodologice* a tipologiilor pentru cunoașterea, "diagnosticarea" și înțelegerea individului. Dar în afară de valoarea heuristică, tipologia joacă și un rol moral (Torris); "unul dintre cele mai frumoase roluri ale caracterologiei este să ajute pe oameni să se înțeleagă și să se tolereze reciproc".

Diversitatea reacțiilor morbide și a atitudinilor față de boală poate fi explicată, în mare măsură, prin considerații temperamentale și caracterologice. Pe de altă parte, aceleași considerații permit o abordare comprehensivă și diferențiată a activității practice și teoretice *medicale*.

Nu trebuie să uităm că medicina este, în esență, ansamblul conduitelor unui om care are intenția să ajute pe un altul să-și redobândească sănătatea sau, cel puțin, să-i diminueze suferințele. Medicinii i se pot descrie aspecte morale, sociale, economice și politice, deci interpersonale, în timp ce, în general, există tendința de a nu-i lua în considerare decât bazele științifice. Conlucrarea interumană poate fi bazată pe note și roluri abstracte – atunci este *anonimă*; ea devine *interpersonală* când se bazează pe cunoașterea particularităților personale, pe adevărate reciprocă, pe potrivire sau pe toleranță caracterologică. În aceste sens, pot fi înțelese cuvintele lui Nietzsche: "trebuie să fii născut pentru medicul tău; altfel – ești în primejdie".¹ S-ar putea spune, deci, că noțiuni de caracterologie sunt utile nu numai medicului, ci și bolnavului.

Trecerea în revistă a *mai multor* tipologii este utilă pentru că ele, în mare măsură, se completează reciproc; această muncă informativă are drept scop și educarea unui spirit nedogmatic. Numărul tipologiilor de interes *medical* este mult mai mare decât cel sugerat de prezentarea noastră în cadrul acestei lucrări de psihologie medicală.

Am insistat asupra faptului că tipologiile *nu* sunt clasificări, că fiecare "aparținem" simultan la tipurile diferite ale *aceleiași* tipologii. În realitatea care stă la baza acestui fapt, se găsește o resursă psihoterapeutică însemnată. Biotipul și caracterul *poate fi influențat* pentru că el cuprinde "esențe" variate, chiar contradictorii. O psihoterapie bine condusă poate realiza "mutații tipologice": mai greu în cazul temperamentului, poate mai ușor în cazul tipului spiritual. Însemnătatea unei asemenea mutații este mare atunci când este necesar să schimbăm *atitudinea față de boală și atitudinea față de viață*.

*

"Personalitatea" cuprinde aspecte ca: morfologie, fiziologie, nevoi, interese, atitudini, temperament, *aptitudini*. Dacă aptitudinile se referă la "abilități", la calitatea performanțelor (de ex. gândirea logică), *temperamentul* se referă la *modul* (felul) în care se desfășoară acțiunile. *Ceea ce face* persoana este o problemă de trăsături motivaționale (dimensiuni *hormetice*, Guilford).

Pentru unii autori, *caracterul* cuprinde scopuri, convingeri, criterii, sentimente, hotărâre, inițiativă, tenacitate, disciplină, definire, integritate. Elementele intelectuale din componența caracterului au fost subliniate mai ales de către cercetătorii sovietici (Ananiev, Kovalev, Miasiscev, Levitov, Dobrînin, Korolev etc.) și - la noi în țară - de către C. Belciugățeanu și P. Popescu-Neveanu.

Dialectica temperamentului și a aptitudinilor reprezintă o problemă importantă a psihologiei concrete. La personalitățile puternice, aptitudinile devin mai importante decât temperamentul și decât caracterul. Aptitudinile sunt deci "cheia" pentru înțelegerea realizărilor sociale, care nu pot fi explicate doar prin factori dinamici (C. Belciugățeanu). Dar fără factorii energetici-motivaționali, nu putem înțelege creativitatea (P. Popescu-Neveanu).

Am defini "axe" concepției noastre psihologice prin trei termeni des folosiți: aptitudini, atitudine, "altitudine" (= nivel spiritual).

Caracter și reacție la boală

Reacțiile la boală depind în mare măsură de temperament și de caracter. Folosind caracterologia Heymans-Wiersma-La Senne, G. Torris a putut sistematiza un material empiric foarte sugestiv.

Nevoșii sunt anxioși în fața bolii: ei se alarmează și se calmează tot atât de ușor. Nu urmăresc cu perseverență vindecarea, schimbă des tratamentele și medicii, preferă câteodată pe "vindecători". Tind a impune medicului o interpretare personală a bolii și chiar un anume tratament. Sunt reclacitrânți când este vorba de a-și modera uzul tutunului, cafelei, alcoolului. Capricioși, cu tendința de a minți și de a se minți, prezintă o oarecare lipsă de respect pentru medic. Amintim că grupul nervoșilor² oferă o patologie funcțională bogată, pe plan mental (reacții isteroide, anxietăți), neurovegetativ și organic.

¹ Prin "nervoși" nu trebuie să se înțeleagă cei cu temperament melancolic (care sunt, de fapt, "sentimentali"), nici *temperamentul nervos* al lui A. Adler (cu sensibilitate exagerată, sugesibilitate, timiditate, egoism, "slăbiciune iritabilă"), nici nevropații, neurastenici sau psihastenici lui P. Janet.

Sentimentalii sunt înclinați către ipohondrie. Pot stabili un raport afectiv deosebit de strâns cu medicul - dacă acesta nu-i inhibă; dar au față de el o atitudine critică sau de suspiciune și pot fi ușor dezamăgiți: încrezători, nu sunt totuși fideli. Boala este, pentru sentimentali, un eveniment grav. Se autoobservează și-și expun detaliat suferințele; rețin date utile în anamneză și documente privind bolile din trecut. Sentimentalii au mai multă încredere în medic decât în medicină și n-au încredere în propria lor soartă ("resemnare prezumtivă", La Senne). Acceptă terapeuica (oricât ar fi de penibilă) fără opoziții - dar și ei recurg, nu rareori, la "vindecători". Sentimentalii suferă în majoritate de ușoare dezechilibre mentale - de tip depresiv, cenestopatic, cu hiperemotivitate etc.; la ei, tulburările psihosomatice sunt frecvente.

Colericii, anxioși și ei în fața bolii, recurg la medic fără întârziere; exagerează și sunt lipsiți de curaj (datorită importanței pe care o acordă valorilor elementare ale vieții: sănătate, plăcere). Boala le apare nu numai ca un obstacol - ci chiar ca un scandal. Fidelitatea față de medic pare accentuată, dar - în fond - este fragilă; colaborarea cu medicul este satisfăcătoare, însă atitudinea colericului este deseori ușor insolentă (medicul este privit în primul rând ca un auditor sau aprobator al atitudinilor și inițiativelor). Colericii sunt și ei predispuși la ipohondrie și depresiune; în plus, la ei se remarcă tendința la organizare nevrotică și la reacții paranoide. Prezintă frecvent tulburări digestive.

Pasionații nu alcătuiesc un grup omogen - unii sunt apropiați de tipul sentimental, alții de constituția paranoică. Interesul pasionatului este îndreptat asupra operei la care lucrează; acest fapt îl ferește de preocupări ipohondrice, dar îl duce și la neglijarea propriei sănătăți. Când s-a decis să facă apel la medic, dă dovadă de perseverență, de bunăvoință și de spirit de colaborare. Încrederea sa față de medic este deplină (și nu ezitantă, ca la sentimentali), însă eventuala decepție este resimțită profund (s-a spus că încrederea urmează legea "tot sau nimic"); de multe ori renunță la medicul respectiv chiar fără să-i dea nici o explicație. Pasionatul are a atitudine "captivă" - tinzând să-și impună personalitatea. El este un tip particular egocentric și narcisic.

Este curajos în fața actului medical și are "curaj civic": în problemele de concediu medical evită să frustreze instituția la care lucrează. Pasionații sunt expuși la surmenaj (unii dintre ei au perioade de hiperactivitate care alterează cu perioade de epuizare). Pentru a-i obliga la repaus, este necesar uneori o deosebită insistență. Există, poate, o corelație între temperamentul pasionat și unele tulburări mentale (schizofrenie, paranoia); în schimb (spre deosebire de sentimentali) pasionații prezintă mai rar afecțiuni psihosomatice.

Sanguinicii sunt cei mai puțin anxioși în fața bolii. Ei se supun tratamentului cu oarecare înțelegere, dar așteaptă "ultimul moment" pentru a se consulta (această decizie se ia, de cele mai multe ori, sub influența anturajului). Este greu să impunem unui sanguinic încetarea lucrului (ceea ce se explică prin indiferența față de boală, prin firea hiperactivă, dar și prin tendința sa la avariție). Sanguinicii sunt relativ sănătoși; bolile de care suferă sunt frecvent rezultatul înclinației lor de a gusta toate plăcerile vieții.

Flegmaticii consultă pentru tulburări precise, bine caracterizate: boli constituite, mai puțin tulburări mentale sau psihosomatice. Atitudinea poate fi corectă sau "indiferentă", în sensul de a lăsa pe medic să suporte tot greul tratamentului. Dacă sunt fideli, constanți și ascultători, acest fapt este legat mai mult de un anumit simț al datoriei, decât de participarea afectivă la propria dramă. Flegmaticii nu fac intoxicație alcoolică sau tabagică. Reamintim că dintre ei se recoltează cei ce fac schizofrenie de tip "raționalism morbid".

Amorfii sunt "pasivi față de momentul actual" și "relativ independenți față de trecut" - La Senne). Torris a separat familia "amorfilor paranervoși", cu o emotivitate exprimată - dar mai curând aparentă decât intensă. Amorfii corespund întrucâtva limfaticilor sau apaticilor din vechile clasificări. Nerăbdători în fața bolii, conștiincioși în aplicarea prescripțiilor, fideli - ei sunt legați de obișnuință și de ascultare mai curând decât de încredere și de rațiune. Totodată ei sunt relativ inerți. Comunicativitatea lor în dialogul medic-pacient este redusă. Amorfii se plâng adesea de obezitate și de constipație.

Apaticii sunt deseori confundați cu flegmaticii. Simptomatologia cu care se prezintă este de obicei abundentă, dar expunerea ei este

confuză. Atitudinea lor este un complex de indiferență și de supunere. Persoana lor îi interesează destul de puțin, iar persoana medicului - deloc. Tendențele lor conservatoare îi fac să ia medicamentele cu regularitate, până la obișnuință sau toxicomanie. Nu caută să influențeze pe medic, nu abuzează de concedii. Suferințele lor banale sunt obezitatea, constipația și tulburările psihosomatice. Profilul patologic seamănă cu cel al sentimentalilor.

*

A. Păunescu-Podeanu (1981), prezentând tipologia lui I.P. Pavlov (calchiată, oarecum, pe cea a lui Hipocrate), consideră că - dacă temperamentul nu ne dă o valoare orientativă, predictivă, în materie de îmbolnăviri viitoare, în schimb, "este de folos a cunoaște tiparul psihologic al individului... (pentru) a întrevăde modalitățile lui de comportare în calitate de pacient: în fața bolii și în fața ordonanței terapeutice". Se poate conta, în boală, pe psihicul indivizilor puternic echilibrați, fie ei mobili sau inerti (adică sanguini sau flegmatici), implicit pe reacțiile lor psihovegetative și biologice, care sunt pozitive, favorabile, utile în genere; dar nu pe al indivizilor puternici dar dezechilibrați (colerici) și mai ales pe al indivizilor slabi (melancolici), ale căror reacții sunt nearmonice, apatice, dezordonate. Cel echilibrat tare, mobil, se observă conștiincios, urmează conștiincios prescripția, dar trebuie susținut prin comenzi repetate (având tendința de a abandona repede un lucru început). Colericul este nedisciplinat, "pacient incert" care se cere supravegheat. La melancolic, ca disciplină terapeutică trebuie "susținut, stimulat, revigorat".

Același autor prezintă (după Schweisshamer, modificată) o "clasificare" a oamenilor chiar după tipul lor psihoreacțional în boală, deosebind următoarele profiluri: *nepăsătorul*, *nerăbdătorul*, *grijuliu* (hiperconștiinciosul, meticulosul), *ipohondricul* și *"normalul"* (echilibratul).

"Personalitățile accentuate" și boala

O importanță deosebită pentru practica medicală *generală* o poate avea cunoașterea celor pe care K. Leonhard i-a numit *personalități accentuate*. O scurtă explicare a concepției autorului este necesară. Printre însușirile "firii" omenești K. Leonhard diferențiază cele care duc la simple variații ale individualității de cele propriu-zis *accentuate*, cele care manifestă tendința de a aluneca spre anormal; prin *personalități anormale* înțelegându-se acei oameni care, chiar în lipsa unor împrejurări exterioare nefavorabile, au dificultăți în adaptare la cerințele vieții. Firește că personalitățile accentuate (sau pregnante) au un interes major pentru clinica psihiatrică, variații puternice - într-un sens sau altul - intrând în domeniul nevrozelor, al psihopatiilor și chiar al psihozelor. Dar ele au un interes tot atât de mare pentru clinicianul de orice specialitate, deoarece prezintă dificultăți în adaptarea la boală, ridică obstacole în interacțiunea medic-pacient și în calea tratamentului, favorizează apariția unor stări morbide (nu numai psihosomatice, ci și somatice). Cercetări efectuate în clinica berlineză a lui K. Leonhard (de către Sitte pe adulți și de către Gutjahr la copii) au arătat că aproximativ jumătate din populație poate fi considerată ca neieșind din comun, iar cealaltă jumătate ca "accentuată". Însușirile care duc la simple variații în cadrul "normalului" sunt cele mai numeroase din sfera aspirații-înclinații, din sfera afectiv-volitivă sau asociativ-intelectuală. Dar este greu să se elimine orice incertitudine atunci când trebuie să deosebim trăsăturile care dau naștere unei personalități accentuate de cele care nu produc decât individualități obișnuite.

K. Leonhard prezintă mai întâi personalitățile accentuate legate de anumite *trăsături de caracter*, în număr de patru. Vom indica principalele implicații medico-psihologice ale acestor tipuri (sau firi).

1. *Firea demonstrativă* este caracterizată printr-o anormală capacitate de refulare. Când atinge grade mai înalte, devine fire *isterică*. Refularea nu este o simulare, deși manifestările la care duce seamănă cu o simulare conștientă grosolană sau se împletesc cu o simulare parțial conștientă. Pacientul este exagerat în gesturi și vorbe, dorește

să-și dea importanță și să se afirme; prezintă teatralism cu note de inautenticitate uneori ușor de depistat, se autolaudă sau se auto-compătimește, este patetic, plin de fantezie, uneori mincinos, lipsit de autocritică, obligă la rezerve față de declarațiile sale (atenție la anamneză!). Refuzarea se poate manifesta și în sectorul fizic: istericul poate avea anestezii paradoxale, poate înghiți obiecte dure, eliminând reflexul de vomă altfel obligatoriu. Sunt bine cunoscute leșinul isteric, refugiu în boală, obținerea de avantaje cu ajutorul bolii. Firea demonstrativă trăiește mai mult în prezentul imediat, ia decizii pripite, este recalcitrantă în privința tratamentelor (de exemplu, alcoolicii cronici "trișează" în cura de dezintoxicare). Firea demonstrativă acumulează concedii medicale, se adaptează avantajos la slăbiciunile celor care îi ascultă (până la comportări vecine cu escrocheria), inventează pretexte. Este predispusă la surmenaj și la epuizare nervoasă.

2. *Firea hiperexactă* suferă, invers, de carențe în capacitatea de refulare: nehotărâre în decizie, îndoială, oscilații nesfârșite între păreri, inhibiții și autocontrol excesiv. Este omul foarte meticolos, cu o grijă exagerată pentru propria persoană, cu o dezvoltare puternică a sentimentelor de teamă. De aici se poate ajunge la ipohondrie, la neurastenie (cu sau fără ticuri), la nevroză obsesivă, la reacție sau dezvoltare anancastă. Frica de microbi este des întâlnită, uneori cu abluomanie (tendință obsesivă de a se spăla), de asemenea nosofobia (frica de îmbolnăvire); în schimb alcoolismul cronic este rarism.

3. *Firea hiperperseverentă* are drept substrat perseverența anormală a afectului. Este concretizată în omul susceptibil (ușor de jignit, care se simte mereu nedreptățit), bănuitor, încăpățânat, ambițios și învinuindu-i pe ceilalți de atitudine ostilă. Desigur că anxietatea și teama colorează tabloul psihologic. Se întâlnesc idei prevalente, chiar fixe, obsesive, cu treceri spre psihopatia paranoidă și spre nevroza ipohondrică. Hiperperseverentul are idei proprii despre boala lui, pe care caută să și le impună; pacientul este câteodată omul care luptă pentru "drepturile" sale (de exemplu, o pensie pentru o pretinsă invaliditate).

4. *Firea nestăpânită* este dominată de către impulsurile momentane, ceea ce contrastează aparent cu gândirea greoaie, de o exagerată amănunțire, până la pedantism. Actele impulsive pot fi violente. Firea nestăpânită este frecvent întâlnită în copilărie, se agravează la pubertate. Pacientul este irascibil, explorările și chiar întrebările medicului îl indispun; pe de altă parte, îi este greu să respecte un regim de viață ori alimentar (nu rezistă la tentații). Un corolar este "predispoziția" la obezitate și la alcoolism cronic, ca și la acte delicvențiale. Firea nestăpânită se învecinează cu psihopatia epileptoidă; relațiile cu epilepsia sunt neclare; constituția corporală este adesea atletică, cum se întâlnește la epileptoizi.

Alte personalități accentuate țin de trăsături "accentuate" de temperament, de sfera afectivă;

5. *Personalitatea hipertimică* este o "miniatură" a psihopatiei hipomaniacale. Pacientul este locvace, vesel, superficial; în vorbire, pare un "împrăștiat". Adesea este alcoolic.

6. *Personalitatea distimică* este, dimpotrivă, tăcută, "serioasă", pesimistă, predispusă la depresii. Are corelații evolutive (sau și structurale) cu psihopatia subdepresivă.

7. *Labilii afectivi* prezintă oscilații între stări afective opuse, sub influențe exterioare sau launtrice. Se învecinează cu psihopatii ciclotimice. Sunt predispuși și ei la nevroze de tip ipohondric. Desigur că labilitatea lor "răstoarnă" multe succese terapeutice inițiale.

8. *Firea exaltată* oscilează între entuziasm și disperare, respectiv între euforie și descurajare. La dimensiuni psihopatie, pacientul este un ciclotimic de tip special, un "anxios-felicit". La dimensiuni curente, este pacientul cu sensibilitate exaltată, excesiv de îngrijorat de boală sau de senzații anestezice banale.

9. *Firea anxioasă* are ca substrat o hiperiritabilitate a sistemului nervos vegetativ; este frecventă la copii, adesea dominați de frică. La adulți, se manifestă printr-o grijă neobișnuită pentru propria persoană și prin timiditate. Anxiogen poate fi orice detaliu al propriului corp. Este bolnavul ipohondru care are nevoie de convorbiri liniștitoare.

10. *Firea emotivă*, în înțelesul pe care i-l dă K. Leonhard, se caracterizează prin reacții de mare sensibilitate (adică cu un prag

scăzut de declanșare) și de profunzime în sfera sentimentelor subtile (de exemplu, a celor aparținând domeniului spiritual). Este firea afectată până la stare de dezechilibru a sănătății fizice și până la neurastenii și la tentative de sinucidere de suferințele, boala și moartea persoanelor din anturaj, din familie. Predispusă la depresii reactive, trăiește evenimentele vieții mai intens decât alții și adesea este doborâtă de evenimente.

Sunt de menționat și considerațiile pe care le face K. Leonhard și asupra firilor extravertite și introvertite, înțelegând prin acești termeni într-o oarecare măsură altceva decât înțeleg urmașii lui C.G. Jung.

11. *Firea extravertită* este cea orientată mai mult spre lumea percepției decât spre lumea imaginației. Este aderent la concret, la opinia colectivității. Încrederea îi este câștigată ușor (uneori prea ușor); dispus să dea informații, extravertitul este influențabil, sugestiv, tinde să răspundă în acord cu felul în care i-a fost pusă întrebarea (element important în anamneză!). Acceptă fără rezervă prescripțiile și sfaturile.

12. *Firea introvertită*, dimpotrivă, interpune între el și realitate (între el și ceilalți) o atitudine proprie, idei personale. Introvertitul își trăiește mai mult reprezentările decât percepțiile. Evenimentele exterioare au, pentru el, mai puțină însemnătate decât gândurile sale despre ele. Este rezervat, adesea izolat, preferând singurătatea (detaliu important în spitalizare!).

Autorul atrage atenția asupra faptului că extraversiunea și introversiunea nu trebuie confundate cu capacitatea, respectiv incapacitatea de a stabili contacte; dar introversiunea apare deosebit de pregnant atunci când este combinată cu incapacitatea de a stabili contacte afective nemijlocite cu oamenii.

Bineînțeles că personalitățile accentuate se prezintă curent în combinații. Pentru interesul lor medico-psihologic, menționăm câteva dintre ele. Astfel, introvertitul anancast se caracterizează printr-o meditare frământată obsesivă. Hiperperseverentul demonstrativ prezintă simulări, ostilitate la examinări și reexaminări medicale, câteodată ajunge la sinistroză. Hiperperseverentul nestăpânit, ca și

istericul epileptoid, sunt generatori de acte de violență. Hiperperseverentul hipertimic poate fi un cverulent, provocând litigii pe probleme de sănătate (acuzății de agresiune față de integritatea sa personală, intoxicații și otrăviri etc.) și această combinație predispune la dezvoltare paranoică. Lucrarea lui Leonhard nu este scrisă însă mai ales pentru a oferi cititorului o introducere în "mica psihiatrie"; ea conține numeroase exemple în care se examinează aportul social și cultural pozitiv al accentuării personalității. De exemplu, combinația dintre firea introvertită și cea demonstrativă promovează înclinațiile poetice și artistice. Din două psihopatii asociate poate rezulta un om "normal".

Durere, suferință, anxietate

Introducere

Boala reprezintă o stare și o situație a persoanei, *modificată* subiectiv și obiectiv. Indispoziția, insomnia, durerile, tulburările funcționale diverse fac ca (dintr-odată sau treptat) corpul să dobândească pentru Eu (adică subiectiv) o mare importanță, într-un mod neobișnuit. Senzații necunoscute (sau amintind senzații avute altădată, în cursul stărilor morbide) nasc întrebări, duc la interpretări, generează anumite convingeri. Începe un proces analog celui din dragostea incipientă (pe care - în *De l'amour* - Stendhal l-a numit "cristalizare"): pe firul câtorva constatări realiste se așază numeroase elemente subiective sau valorizate subiectiv; bolvanul are viziunea îngrijorătoare a urmărilor posibile, a progresiunii bolii, a consecințelor pe care episodul morbid le poate avea în viața personală, ca și în viața profesională etc. *Obiectiv* este vorba, oricum, de nevoia de a fi îngrijit, de scăderea prestațiilor sociale și a veniturilor, de cheltuieli de tratament etc. Preocupările zilnice trebuie evitate, îndeplinirea unor proiecte va fi amânată, unele plăceri și satisfacții vor fi interzise etc. Fiecare dintre elemente poate lua proporții de catastrofă.

În cele ce urmează ne vom ocupa de câteva dintre ele.

Durerea

Durerea este - în primul rând - o problemă de *fiziologie evoluționistă*. Se consideră azi că sensibilitatea dureroasă este o achiziție a

filogenezei, limitată poate la unele linii evolutive. Este problematic dacă insectele "simt durerea" la o leziune, la fracturarea sau smulgerea unui membru etc. După L. v. Bertalanffy, durerea este o contrafață a progresului biologic. Utilitatea ei în reacțiile adecvate ale organismului (în adaptare) este reală, ceea ce nu înseamnă însă că orice durere este oportună. Regiunile care au cea mai mare sensibilitate algică nu sunt cele mai vitale pentru organism; organele interne "dor" mai ales prin mijlocirea seroaselor. Nu există paralelism între suferința fizică (durerea) provocată de o boală și gravitatea ei. Durerile de măsele pot fi mult mai intense și mai insuportabile decât unele dureri din cancer. Durerea vie provoacă reacții vegetative (și șoc), care pot periclita viața chiar atunci când leziunea de la care pornesc semnalele algice este lipsită de importanță. Durerea se însoțește de impotențe funcționale reflexe sau generate de teama de durere. Durerea - simptom important al bolilor, face totodată obstacol la unele intervenții terapeutice necesare. Chirurgia nu s-ar fi putut dezvolta dacă nu s-ar fi descoperit narcoza, rahianestezia, anestezia locală. S-a spus de aceea, pe drept cuvânt, că durerea este și *prieten* și *dușman*. S-au purtat numeroase discuții (încă neîncheiate) despre semnificația durerii (Sauerbruch și Wenke, 1936); s-a negat (Hoche, 1936) sensul teleologic ("rostul" biologic, adaptativ) al durerii etc.

Durerea este, de multe ori, simptomul care "forțează" pe bolnav să se prezinte la medic - dar ea creează și teama de medic. O recomandare banală terapeutică este "respectarea" durerii până la stabilirea cauzelor ei (adică până la schițarea diagnosticului); explorarea clinică trebuie să se călăuzească după existența zonelor și a punctelor dureroase. Toate manualele atrag atenția asupra existenței durerilor reflexe, sau iradiate la distanță de organul bolnav (junghiul abdominal în pneumonie, durerea în umărul drept cu "punct de plecare" în colecist, durerea retrosternală și a membrului superior stâng în angina coronariană), asupra zonelor de hiperestezie cutanată în suferințele viscerale etc. Durerea care nu mai servește diagnosticului și ghidării mâinii medicului (indiferent dacă este vorba de infarctul miocardic, de o fractură sau de o nevralgie) trebuie, în general, suprimată. Trebuie combătută, de asemenea, durerea care împiedică mobilizarea necesară recuperării funcționale.

*

Neurofiziologia durerii nu este un capitol încheiat. Au fost studiate mai ales organele senzitive cutanate, cu scopul de a se descrie per corpuseculi sau terminații specifice (ca și în cazul senzațiilor mecanice, termice etc). S-a bănuț, ca o ipoteză alternativă, că durerea apare atunci când excitațiile senzitivosenzoriale depășesc o anumită intensitate, ceea ce nu s-a putut confirma. S-a presupus că intermediarul între excitantul nociv (care ar genera excitații nociceptive) și aparatul care le recepționează ar fi substanțe *algogene*. Se cunosc, ce e drept, numeroase substanțe de origine celulară sau tisulară care posedă această însușire. Algogene se găsesc în lichidele secretate (sucul gastric în contact cu peritoneul sau cu terminațiile nervoase ale pielii; lichidele acide; tripsina pancreatică; kininele plasmatică din sângele extravazat în cavitatea abdominală). Polipeptide derivate din globulinele plasmatică pot provoca durerea, în conexiune cu însușirile vasodilatatoare sau de stimulare a mușchilor netezi: bradikina ar fi răspunzătoare, în mare măsură, de durerea regiunilor traumatizate cu extravazări sanguine, sau a focarelor inflamatorii. Injurile liberează din celule substanțe care au uneori caracter algogen cum sunt histamina, serotonina (eliberată și din plachetele sanguine), ionii potasiu în exces. Serotoninei i se atribuie un rol însemnat în cefaleele de tip hemicranic. În geneza durerilor locale, intervin și (sau mai ales) diferite prostaglandine.

Teoriile neurofiziologice clasice deosebeau o sensibilitate *protopatică*, mai grosieră, de una *epicritică*, având capacități de diferențiere. Probabil că rezultatele neconcludente ale cercetărilor ce au urmărit identificarea unor organe microscopice ale durerii se datoresc, în parte, unor neclarități în însuși conceptul de durere. Este durerea o *senzație* sau un *sentiment*? Lipps, folosindu-se de capacitățile lingvistice proprii limbii germane, a vorbit despre *Gefühls-Empfindung*; Hassler crede că unii stimuli dureroși îi trăim mai curând ca pe un sentiment sau emoție, în timp ce alții îi sesizăm ca pe o senzație. Se pare că mecanismele nervoase periferice justifică această bivalență. Se poate vorbi despre o *durere primară* -, resimțită imediat, acut,

localizabilă cu ușurință - și despre o *durere secundară*, care "implică personalitatea". Durerea primară ar fi condusă de așa-numitele *fibre A*, cu viteza de 25 m pe secundă, în timp ce durerea secundară, care apare după un timp de latență, este condusă de *fibrele C* cu o viteză de numai 1,5 m pe secundă, mai greu localizată, iradiabilă. Cele două tipuri de fibre nervoase ar avea diferite potențiale de acțiune. Ipoteza aceasta "specificistă" se bazează și pe faptul că există fibre specializate care răspund numai la o stimulare intensă, dar aceasta nu înseamnă că ele sunt "fibre de durere" și că ele produc întotdeauna durere sau numai durere.

O teorie alternativă propune ca substrat al durerii o anumită constelație (*Gestalt, pattern*) al stimulilor, deci o interacțiune între grupe de fibre (Weddell, 1955; Sinclair, 1955). Ea este nesatisfăcătoare (spun criticii) deoarece ignorează complet faptul specializării funcționale.

O a treia teorie încearcă să se folosească de ambele aceste principii, într-un mod original. Este teoria controlului durerii prin "porți" medulare (*Gate control theory*, Melzeck și Wall). Este o teorie pe care am putea-o numi *cibernetică*. Un sistem de control legat de *substantia gelatinosa* din măduvă ar modula impulsurile care sosesc la primele celule de transmisie centrală. Celulele de control (cu rol de inhibare) sunt *stimulate* de influxul venit pe fibrele groase (cu conducere rapidă) și *inhibate* de influxul venit pe calea fibrelor subțiri (cu conducere lentă). Echilibrul între activitățile fibrelor groase și subțiri este important pentru perceperea durerii, deoarece transmisia centrală rezultă în urma unor integrări (sumațiuni) spațiale și temporale ale impulsurilor. Distrugerea patologică a fibrelor groase poate motiva cazuri de anestezie dureroasă, ca și de dureri "spontane". Dar avantele teoriei "porților" constă mai ales în posibilitatea influențării sistemului de control medular postulat prin factori de control centrali superiori sau, cu alte cuvinte, în înțelegerea neurofiziologică a *dimensiunii motivaționale* a durerii. O trecere în revistă a obiectelor acestei teorii lasă să subziste totuși câteva idei de bază, printre care existența unei interacțiuni între diverse aferențe, într-un sistem de control, chiar la nivelul zonei de intrare a rădăcinilor posterioare. În coamele

posterioare ale măduvei, putem bănuî o suprapunere de astfel de sisteme integrativ-reglatoare, la nivelul cărora au loc influențe facilitatoare și inhibitoare.

Hodologia impulselor dureroase cunoaște tractusuri spinotalamice dintre care - la mamifere - se dezvoltă progresiv o cale neospinotalamică. Calea paleospinotalamică informează și formația reticulară. Conducerea medulară este dublă, parțial polisinaptică și numai parțial controlaterală. Paralel se identifică căi descendente de control, pornite din talamus. Talamusul este stațiunea *importantă* a conducerii durerii, ca și a senzorialității în general. Este o stațiune de integrare, ale cărei leziuni nu produc tulburări net disociate ale sensibilității. Excitarea electrică a unor zone talamice poate produce durere, după cum distrugerea stereotaxică a lor, dar excitarea altor zone, poate suprima dureri intolerabile. De la talamus spre cortexul senzorial se întinde un alt neuron de legătură (de obicei al treilea). Neuronii senzoriali corticali posedă o funcție complexă, interpretativă și analitică. În *gyrus frontalis superior* se apreciază calitatea penibilă a durerii; intervențiile la acest nivel nu suprimă durerea, dar ea devine suportabilă. Prin excitație electrică corticală se pot produce dureri.

Formația reticulată trimite eferențe ascendente centripetale și eferențe descendente centrifugale. Ea poate fi responsabilă de analgezie ca și de hiperalgezie. Eferențe ale formației reticulate sunt majoritatea aferențelor din sistemul limbic.

Acest sistem (alcătuit din hipocamp, *gyrus cinguli*, nucleul amigdalian și alte structuri mai puțin familiare nespecialiștilor) are relații de conexiune funcțională cu hipotalamusul și - prin el - cu sistemele endocrin și nervos vegetativ. Și din talamus pornesc eferențe spre sistemul limbic. Dar sistemul limbic (și în special hipocampusul) joacă un rol important în memorie, ceea ce constituie baza neurologică a multor corelate și influențe psihice ale durerii. Dacă sistemul neospinotalamic de proiecție alcătuiește fundamentul neurologic al *dimensiunii senzorial-discriminative*, activarea structurilor reticulate și limbice prin sistemul paramedian ascendent afectează pulsivitatea motivațională puternică și afectul de neplăcere care împinge organismul spre acțiune - care produce reacțiile de aversiune și compor-

tamentul tipic "natural" la stimulii dureroși. Cu alte cuvinte (Melzack și Casey), sistemele reticulat și limbic funcționează ca un *monitor central de intensitate*. Căile de proiecție ar constitui o buclă de reglare într-un sistem cibernetic de tip *feed-forward*. Neocortexul ar asigura dimensiunea *cognitivă* a durerii.

Endorinologia durerii este un capitol recent introdus în știință. Descoperirea fundamentală a fost identificarea unor polipeptide opioide (endorfine) în extractele hipofizare și în hipotalamus (A. Goldstein, 1975; Hughes și Kosterlitz, 1975) și a unor substanțe similare, dar mai simple, în nevraș (encefaline) (Hughes, 1975; Pert, 1976). Cel puțin două dintre encefaline s-au dovedit a fi pentapeptide, mai precis secvențe de reziduuri 61-65 din beta-lipotropină, în timp ce fragmentul 61-69 are însușiri opioide puternice, fiind chiar o endorfină (Goldstein și G.H. Li). "În afară de efectele analgetice, ea are însușiri modificatoare de comportament. Peptidele sunt prezente în numeroase regiuni ale creierului, inclusiv în hipotalamus, fixându-se pe receptori (liganții) care fixează morfina. La acțiunile antinociceptive ale endorfinelor, se asociază acțiuni comportamentale (deprimarea reflexelor de apărare, catatonie) și liberatoare de hormoni (hormon de creștere?). Din punct de vedere biochimic, ele se cuprind în clasa neuropeptidelor, propunându-se conceptul de neuron peptidergic. Alături de aceste anodine (Pert) s-au izolat peptide cu acțiuni opuse (ca dodecapeptidul P). Nu este exclus ca tulburări în secreția și metabolismul endorfinelor să fie la originea unor tulburări psihopatologice (Guillemin). ACTH însuși (care se eliberează în stress, odată cu endorfinele), ca și fragmente ale sale au influențe asupra creierului, reflectate în modificări de comportament (De Wied). Hipofiza ar conține prehormoni pentru neuropeptide specifice implicate în procese motivaționale, memoriale și de învățătură.

Se pare că și placenta produce endorfine prin "simplificarea" moleculelor de gamma-globuline (?).

În fenomenul de durere sunt implicați neuroni noradrenergici și serotoninergici. Endorfinele și encefalinele ar avea rol de modulatori.

Terminații nervoase libere transmit impulsuri spre măduvă prin fibre subțiri (sensibilitate protopatică) unde are loc o primă confrun-

tare între neurotransmițători, substanța P și encefaline. O a doua confruntare are loc în substanța cenușie periapeductală, alta la nivelul hipotalamusului. Acest filtru odată depășit, durerea devine "emoție-suferință". Se admite că endorfinele ar fi "moleculele stării de bine", iar substanța P "moleculele durerii" (J. Renaud). Reglarea stării "subiective" ar depinde de intensitatea stimulilor (n-ar exista, la drept vorbind, receptori sau fibre pentru durere) și că, în realizarea efectului, un rol însemnat îl are vărsarea peptidelor în lichidul cefalorahidian (Zetler, 1978). După Stein și Beluzzi (1978), endorfinele ar servi și ca transmițători sau modulatori pentru medierea satisfacției și a recompensei - ca atare fiind implicați și în memorizare.

S-a constatat că efectul analgetic al acupuncturii depinde de endorfine (Pomeranz), este blocat de naloxon (antagonist al opiaceelor), de hipofizectomie (la animale) și la unele rase de șoareci (CBXK) caracterizate printr-un deficit genetic de receptori pentru substanțe opiacee.

*

Există *analgii congenitale* în care sunt interesați exclusiv receptorii exteroceptivi, în care este suprimată durerea cu punct de plecare în piele după excitații ca: presiune, înțepături, arsuri, tăieturi etc. (Asemenea stimuli nu dau durere la omul normal dacă sunt aplicați organelor interne.) Este păstrată durerea provenită prin dilatarea organelor cavitare (colici) sau prin ischemie.

Analgia (sau analgezia) congenitală lipsește organismul de un important dispozitiv de alarmă și de protecție. Agresiunile care trebuiau evitate grație durerii se pot exercita liber și duc la leziuni grave în piele, mucoase și schelet. Sugarul căruia îi cresc dinții își mușcă buzele și limba, își roade degetele, își zgârie fața, nările, corneea; rănilor se infectează, rămân cicatrice sau chiar mutilări. Mai târziu, copiii își provoacă accidental arsuri, traumatisme osoase până la fracturi. Izbeghe imprudența lor extremă și - ca trăsătură psihopatologică - dorința de a brava, lăsându-se maltratați "eroic" de către alți

copii, aruncându-se din copaci sau pe fereastră etc. Imobilizarea fracturilor este resinărită ca o opresiune intolerabilă (A. Weber). Comportamentul se schimbă la pubertate, odată cu conștiința "necesității" de a-și îngriji corpul, urâtenia feței și mutilările creându-le complexe de inferioritate. Inteligența este în limite normale. Din punct de vedere medical, se cere, îndeosebi, supravegherea stării dentiției și a complicațiilor infecțioase.

Durerea este însă și un *comportament*. La nivelul cel mai elementar, la animale, durerea poate fi studiată prin concomitențele sale: dezorganizare motrice, reacție de fugă (plus fenomene vasomotorii și neuroendocrine). Experiența dureroasă *umană* implică memorizarea globală a situației ce a provocat durerea, fenomenul agresiv devenind *semnificantul* durerii (Bricourt), iar situația respectivă este întâmpinată și retrăită cu o reacție afectivă complexă. Durerea umană reprezintă totodată un răspuns la o situație de eșec ("bastardul rușinii resimțită de inteligență în fața unui stimul de care este nevoit să fugă", Pradines). De aceea, durerile elementare, durerile acute, durerile organice cronice duc, în clinică, la comportamente variabile după vârstă, nivel cultural, profesiune, boală, ca și după motivații, tendințe, educație etc. Durerea copilului mic are semnificația unei chemări, unei solicitări afective - și se calmează de îndată ce apelul este auzit. Încă din copilărie durerea face parte din relațiile cu lumea umană, cu celălalt, dar și din investiția în propriul corp a energiei libidinale sau a agresivității (cenestopatie, ipohondrie). Se ajunge la distincția între *durerea nociceptivă elementară* și *durerea-comportament*.

Durerea elementară este, în multe cazuri, "păzitoarea vieții și a sănătății" (Foerster), "santinelă protectoare" (Bergson) - dar uneori "un obstacol în calea vieții" (Buyteudijk), un fenomen ce face mai penibilă și mai complicată o situație irevocabilă (Leriche). Este un semn înșelător. Durerea-comportament, în algiile cronice rebele, în

suferințele morale și psihogene acoperă de multe ori o situație de eșec. Omul suferind este mai preocupat de durere decât de ceea ce se ascunde sub ea.

*

Liniștirea durerii a fost din totdeauna un obiectiv al medicinei. *Sedare dolorem - divinum opus* (Hipocrate). În lupta împotriva durerii, medicina a folosit droguri de origine vegetală, produse chimice de sinteză și - recent - metode chirurgicale. Combaterea durerilor banale, nespecifice (cum ar fi cefaleea) revine, în ultimele decenii, "antinevralgicelor" care reprezintă medicamentele cele mai utilizate de către marile mase, până la abuz. Pentru noi este important să notăm că durerile banale (dar nu numai ele), cedează, într-un mare procent de cazuri, la administrarea unor substanțe indiferente (placebo) - ceea ce demonstrează valoarea psihoterapiei în combaterea durerii fizice. Experiența clinică înscrie alte numeroase argumente în același sens: dureri cu origine organică (lezionale) evidentă, care cedează - temporar - la psihoterapie. Psihoterapia poate fi eficace și în cazuri de dureri talamice prin procese destructive cerebrale (Kennedy, 1960). Este cunoscută metoda *psihoprofilaxiei* durerilor de naștere, de care ne vom ocupa mai departe.

Semiologia durerii este astăzi un capitol diferențiat al medicinei clinice. O analiză subtilă a formelor de durere ca și a "modalităților" (condiții de intensificare și de atenuare etc.) se datorește homeopatiilor.

*

Ca o problemă psihologică - durerea face parte atât din viața normală, cât - mai ales (Leriche) - din viața patologică a organismului. Pradines vedea în durere consecința creșterii globale a sensibilității organismelor evolute, în cadrul evoluției *telerecepției* primejdiei; așa se explică însușirea sa de "avertisment barbar". În timp ce plăcerea aparține "simțului nevăzător", marcând îndeplinirea unei funcțiuni, săvâr-

șirea ei, cucerirea unui obiect, succesul impulsului către un obiect - durerea semnalează pericolul rezultat din apariția unui obstacol, precede activitate de apărare care va expulza (sau care va învinge) obstacolul. Faptul că organele interne (sau creierul) pot fi bolnave fără să doară, se explică prin aceea că, în mod natural (fără intervenția chirurgicală, de exemplu), organismul este incapabil să elimine (să "expulzeze") cauza acelei perturbări. Din acest punct de vedere, credem că s-ar putea încerca o clasificare a durerilor, după *intenționalitate**, adică după modalitatea (intuită sau imaginată) care le-ar putea suprima sau atenua. Astfel, durerea ar putea fi atenuată prin îndepărtarea agentului "exterior" sau prin depărtarea de noxă (fugă), prin îndepărtarea unei părți din corp, prin protejare sau - dimpotrivă - prin dezvelire, prin imobilitate sau - dimpotrivă - prin umblet**, printr-o anumită poziție a corpului, prin apăsare, prin căldură, prin strigăt***, prin "deschiderea" (à ciel ouvert) a zonei bolnave, prin expulzare (tenesme), prin contactul senzorial cu organul bolnav (să pun mâna, să văd). Interesantă este impresia pe care o avem, uneori, după care prin *intensificare* durerea ar putea să se lichideze; este oare o intuire a "luptei" organismului subiacentă durerii? Novalis vorbea de posibilitatea de a găsi satisfacție în durere prin identificarea cu forța implicată în provocarea ei. Menționăm că, în ileusul obstructiv, bunăoară, *încetarea* colicilor poate marca debutul fazei paralitice, de rău augur. În unele cazuri, bolnavul are impresia că s-ar liniști dacă s-ar preciza sediul sau cauza - dar aici este vorba de anxietate, și nu de durere; sau este convins că durerea va ceda "prin trecerea timpului". Suntem în domeniul *reacțiilor* la durere, reacții care au o componentă experiențială, culturală și de "filosofie a vieții". În schimb, un fenomen propriu-zis psihofiziologic pare să fie "concomitanța interalergică", faptul că o durere poate masca o altă durere (de

* În mod uzual, durerile se clasifică: a) *topografic*; b) după *caracter* (continuu, fulgurantă, lancinantă, de arsură, înțepătură, pulsatoare etc.); c) după *cauză* (nevralgică, talamică, iradiată sau autohtonă etc.)

** Ca și strânsul dinților, sau al pumnilor - efortul muscular voluntar scade pragul sensibilității pentru durere.

*** Strigătul este atât un apel pentru ajutor, cât și o descărcare de energie nervoasă.

exemplu, o durere acută poate oculta o durere cronică, una neașteptată poate eclipsa o durere obișnuită).

Admițând o relație între durere și nevoia (biologică) de expulzare (a unui corp străin sau devenit străin), este greu să admitem teza după care nașterea normală este nedureroasă (Velvovski). Cercetările efectuate de E. Aburel (1967) au arătat că atunci când gravida nu suferă de nici o maladie, când nu prezintă o patologie a contracțiilor uterine, când bazinul este suficient, iar căile genitale sunt normale ca dimensiuni și ca elasticitate, durerea de naștere, "deși incontestabilă, nu este excesiv de mare". Frica de durere și teama de necunoscut nu cresc intensitatea durerii, ci adaugă o stare de neliniște și de agitație. Poate că această concluzie este întrucâtva exagerată: durerea este și o reacție, sau are o componentă reacțională (în acest sens vorbește marele procent de dureri de orice natură - până la 35% - suprimate prin *placebo*). S-a constatat că eficacitatea *placebo*-ului este cu atât mai mare cu cât *stress*-ul este mai puternic (*placebo* este de 10 ori mai eficace în suprimarea durerii patologice decât în anularea durerii experimentale).

*

Sensibilitatea algică are mari diferențe individuale; acest fapt condiționează geneza și caracterele durerilor în boală, rănire, intervenție chirurgicală etc. El a fost pus în evidență în perioada preanestezică a chirurgiei, mai ales de către Larrey, chirurgul-șef al armatelor napoleoniene în campania din Rusia (1812). Diferențele individuale nu țin numai de voință și de caracter, ci de factori organici și psihici mai profunzi; Leriche vorbea despre *douleur vivante*. Am menționat insensibilitatea generală congenitală la durere (*electivă* față de durere): "afazie a durerii" (Boyd), "algoataraxie" (Fanconi). La adulți s-au descris cazuri de hipoalgeestezie, cu o toleranță uimitoare a leziunilor - altfel dureroase - sau a intervențiilor operatorii.

Mai frecventă (și stânjenitoare) este hiperalgezia, hiperestezia algică, susceptibilitatea crescută față de durere, hiperalgosensibilitatea, algofilia, algopatia etc. (termenii nu sunt riguros sinonimi). În

acest caz, rolul factorilor congenitali pare mai mic decât cel a experienței vieții, al exercițiului, al călirii sau cocoloșirii etc. S-au propus teste de hiporeactivitate algică (abolirea reflexului faringian, după Poenaru-Căplescu; comprimarea nervului auricular pe mastoidă, după Lipman și după Voegeli).

Sensibilitatea algică depinde evident de starea sistemului nervos vegetativ (Leriche); hipersensibilitatea acestui sistem explică cenostratiile și difuzarea durerii, autoîntreținerea prin mecanisme de cerc vicios etc. Ea mai depinde de starea umorală și endocrină (hipo- sau hipercalcemia, spasmofilia, hipertirodismul, disfolliculina, acidoza). Ea depinde de asemenea evident de corticalitate, de factorul "neuro-psihic" sau pur și simplu de *factorii psihici*. Intervenția psihicului se manifestă ca amplificare sau *adaos psihic* (prin frică, anxietate, oboseală etc.), ca *fixare psihică* (durere de urmă, reziduală, durere - amintire, Leven), ca *psihalgie* (durere psihogenă, corticogenă, centrogenă, imaginativă, obsesivă, psihosomatică, nevrotică; cerebrealgie, alghalucinoză etc. Oppenheim, Lhermitte, Mallet, Stenvers). De obicei, ea este "durere psihizată-fixată - reziduală" (Păunescu-Po-deanu).

Durerea - întrucât este simptom subiectiv și reacție psihică, are un caracter individual, personal - poate fi punctul de plecare al unei tipologii. Este ceea ce a încercat să facă Fervers (1940). Pornind de la constatarea că durerea este inseparabilă de existența umană, autorul recunoaște și aspectele sale legate de "vigilență" și de conștiința corpului, a existenței etc. (*dolito, ergo sum*). Pe de altă parte, durerea poate fi considerată ca o "insultă" pentru suflet, astfel încât analgezia sau narcoza sunt măsuri de "crujare" sau de "protecție" a psihicului. Fervers admite distincția propusă de Foerster, care a descris un sistem *perceptor-epicritic* generator de durere și teamă, ca și un altul *afectiv* în sfera căruia găsim neliniștea. Oricum, Fervers opune durerile *superficiale* care au o "tonalitate clară" (*hellen Ton*), rece (sunt dureri nete, ascuțite, "tranșante"), celor *profunde*, cu o "tonalitate închisă" (și care sunt apăsătoare, de tip arsură, imperioase, încărcate afectiv). Pe de altă parte, se poate deosebi durerea "depărtată de eu" (*ichfern*) care vine de la membre, de cea care este "proximă eului" (*ichnah*), venind

de la cap, torace, abdomen - și care realmente semnalează mai frecvent primejii mortale.

Tipologia lui Fervers este utilă pentru tratament. El nu se oprește asupra "antitipiei" sensibil (fricos) - curajos, ci asupra unei "antitipii" ce se poate calca pe vechi reflexe filogenetice (la aceste reacții se ajunge printr-o "regresiune"). Mișcarea excitată (furtuna motrice) se opune liniștii imobile (reflex de moarte aparentă) - ca două forme de a recepționa primejdia și de a încerca evitarea morții (Kretschmer). La acestea se adaugă reflexul de autotomie (ca la șopârla care-și abandonează coada).

Tipul "tetic" reacționează la durere prin agitație (hipermotrică), revoltă, fiind posibilă o atitudine "dușmănoasă" față de partea bolnavă (mai ales la schizotimi, introverți). Este un tip simpaticotonic și afectiv. Persoana se interesează de prognostic, privește critic măsurile terapeutice, este mai greu de tratat; recurge la alcool, la nicotină, la cafea. Tensiunea afectivă-motorie se poate sublima: durerea poate da pînă la creație. Kant este cel care a scris că durerea este un imbold (sau spin?) al activității (fire simpaticotonic-motorică, expansivă, agresivă). (În limba germană, *Stachel* înseamnă atât imbold, cât și cui sau ghimpe). Tipul tetic cu *autodominare deplină* i-a aparținut lui Mucius Scaevola, care s-a pedepsit pentru o greșeală cu consecințe politic-militare, arzându-și brațul.

Tipul patetic "se plînge"; este hipotonic, are tendința la colaps, dar și răbdare. Este vagotonic, ciclotimic; în tipologia lui Jaensch ar fi un "B-integrat". Se gîndește la moarte, dorește liniște, caută un "tu" pe care să se sprijine, este sinton (stabilind relații afective cu persoanele ce-l înconjoară). Își proiectează temerile asupra obiectelor din jur (lumea dobîndind "fiziognomie"). Dacă este autotăpănit, se resimțea. Tipul patetic oscilează între inactivitatea depresivă și o stare de cavi-beție euforică; are nevoie obiectivă de medicamente.

Fervers insistă asupra rolului sugestiei și autosugestiei în întreținerea și în tratamentul durerii. Medicul poate sugestiona bolnavul în mod inconștient și naiv, atunci când crede el însuși, sincer, în mijlocul întrebuintat; sau poate să-l sugestioneze în mod conștient și premeditat. Bolnavul, la rîndul său, poate suporta sugestia pasiv, incon-

știent, uneori i se oferă voluntar -, sau o susține prin autosugestie. Deseori atitudinea sa este ambivalentă, împotriva sugestiei (cu *ego*) dar lăsându-se condus (prin *id*).

Există particularități marcante privind psihoterapia durerii? Ele se referă, îndeosebi, la *halo-ul* afectiv și memorial al durerii (M. Arnold). Profilaxia reacțiilor exagerate față de durere se face prin *călire*. Este interesant de menționat că, în secolul al XVI-lea, Montaigne recomanda introducerea unui anumit tip de călire pentru a putea rezista presiunilor *prin mijlocirea torturii*, pe atunci răspîndită.

În medicina corticoviscerală, s-a dat mare valoare experiențelor efectuate de Erofeeva (1912) în laboratorul lui I. P. Pavlov, care a elaborat la câini reflexe condiționate de inhibiție a excitațiilor dureroase. S-a ajuns ca, la o excitație dureroasă puternică (curent electric, arsură, distrugere mecanică a pielii), câinele să nu răspundă prin reacții de apărare și să nu prezinte nici modificări ale respirației și ale ritmului cardiac, caracteristice reacției la durere; în schimb, câinele răspundea cu o reacție alimentară (de salivare). În laboratorul lui K.M. Bîkov, A. T. Pșonik a elaborat la om reflexe condiționate la exercitații dureroase, și a condiționat senzația durerii (sau, mai curînd, a condiționat o vasoconstricție dureroasă). Acest autor a mai arătat că senzația dureroasă se poate forma și sub influența cuvîntului, adică sub influența celui de al doilea sistem de semnalizare. O durere provocată de un ac fierbinte sau condiționată la o sonerie poate să apară la auzirea cuvîntului "fierbinte" sau "sonerie". Sub influența excitantului condiționat, excitația dureroasă subliminară devine liminară; invers - cu ajutorul reflexelor condiționate se poate înlătura (inhiba) durerea, transformînd senzația dureroasă în senzație nedureroasă.

*

O altă tipologie a fost propusă de Corman și Tissot, după care putem deosebi, în funcție de reacțiile individuale la durere:

1. un tip hipoexcitabil, la care "leziunea depășește iritația", ceea ce face ca manifestările clinice să fie fruste, vagi, neclare, incomplete,

îngelătoare, *tardive* din punctul de vedere al posibilităților de intervenție;

2. un tip hiperexcitabil, la care - din motive ușor de înțeles - suferințele nu sunt proporționale cu intensitatea leziunii și nu au o valoare prognostică.

Este evident că cercetarea *tipurilor de activitate nervoasă superioară* poate avea importanță nu numai în "psiho"-profilaxia durerilor de naștere, dar și în "psiho"-profilaxia sau psihoterapia altor dureri. Dar aici întâlnim două modalități de lucru: a) cea hipno-sugestivă, în care scoarța cerebrală a pacientului este inhibată; cuvântul care i se adresează are un caracter imperativ, iar rolul cel mai important revine "personalității" medicului; b) cea psihoprofilactică propriu-zisă, în care cuvântul este folosit într-o formă logică, rațională, educativă; centrul de greutate trece asupra personalității pacientului; scoarța sa cerebrală este activă, *echilibrată*, dar cu focare de excitație puternică. Astfel spus - este nevoie de relații optime între procesele fundamentale de excitație și de inhibiție în scoarță, de relații reciproce adecvate între scoarță și centrii subcorticali. În cazul nașterii, A.P. Nikolaev preconizează crearea artificială a unui puternic "focar de excitație" cortical al cărui "conținut" să fie convingerea despre evoluția favorabilă a nașterii etc. Înconjurat de o zonă de inhibiție (prin inducție reciprocă), el devine aproape inaccesibil pentru impulsurile interoceptive cu caracter dureros și, după legea dominantei, atrage impulsuri extero- și interoceptive nedureroase și "distrage" scoarța pentru altă activitate. În concepția pavlovistă, sugestia este "cel mai simplu și mai tipic reflex condiționat al omului", iar educația, instruirea, disciplinarea - sunt "șiruri lungi de reflexe condiționate". Este discutabil însă dacă restructurarea mentalității femeilor, dacă "asanarea" psihicului nu este și *altceva* decât "stingerea unor reflexe condiționate vechi și crearea unor reflexe condiționate noi". Dealtfel, metoda cuprinde și înlăturarea emoțiilor negative, crearea unor emoții pozitive, ca și procedee de analgezie nemedicamentoasă.

În general, se poate spune că în combaterea durerii se merge de la nivelul chimic (narcoza) până la cel spiritual (care implică valorizarea, "axiologia" suferinței), trecând prin ceea ce este neuro-fiziologic elementar și prin *pysché*.

Suferința

Prin suferință se înțelege, de obicei, atât durerea fizică, cât și cea morală. De fapt, termenul ar trebui rezervat pentru aspectele *omenești* ale durerii fizice și pentru durerea morală. După cum observă E. Minkowski, suferința face parte integrantă din existența umană, o marchează, "o situează" în mod specific. Balzac scria că "cei ce au suferit mult, au trăit mult". Suferința nu este un bine, dar nu este un "rău" în înțelesul curent al cuvântului; *a nu putea suferi* este o notă proastă pentru om. Pomind de la suferință, ni se relevă aspectul *patic* (nu patologic!) al existenței. Prin suferință, omului i se pun probleme "existențiale". Chiar dacă nu putem găsi *sens suferinței*, aceasta "pune problema sensului vieții". Suferința poate produce depresiune, ne poate copleși; ea poate fi însă și căutată, ne putem complăce în ea. Căutarea *durerei fizice* în scopul unor satisfacții (libidinale?) definește masochismul (algofilia sau algolagnia pasivă). Există însă toate formele de trecere spre masochinismul *psihic*, cum există forme de trecere între flagelanți și autoflagelanți. În algolagnia pasivă, joacă frecvent un rol însemnat existența unui sentiment de culpabilitate care pretinde expirațiune. *Evitarea suferinței* este totuși reacția cea mai frecventă care cere, în ajutor, resursele medicinei.

Suferința este o problemă a *vieții conștiente*. După cum am menționat, combaterea ei este, în mare măsură, o luptă cu reprezentările despre suferință și despre boală, ca și o luptă cu teama. Conștiința poate fi "umplută" cu alte reprezentări care să o fixeze sau cu simțăminte concurente date de activitate (muncă, studii, creație etc) sau de satisfacții (senzoriale sau mai înalte). Conștiința poate fi însă și *întunecată* sau *suprimată* - prin mijloace toxice (alcool, analgetice, soporifice, stupefiante etc.) sau psihice (hipnoză, magnetism animal). În capitolul referitor la emoție, am dat unele detalii cu privire la însemnătatea "sistemului estimativ" pentru conectarea durerii cu reacțiile afective.

*

Medicul nu poate fi indiferent la *interpretările filosofice* care s-au dat durerii și suferinței - dintre care unele sunt împărțite - sau schițate spontan - de bolnavi. Descartes, "intellectualist" în acest domeniu, reduce durerea la cunoașterea unei dezordini, a unui obstacol în calea liberului exercițiu al activității noastre. Aristotel, Hamilton, Spencer, Grote - leagă durerea de activitate; durerea poate fi negativă, - rezultând din inacțiune, sau pozitivă -, rezultând dintr-o activitate excesivă; ea este nonsatisfacția sau contrarierea unei tendințe. Stuart Mill observă că activitatea generează suferința atunci când ea este cantitativ și calitativ imperfectă. Am menționat aceste teze pentru a semnaliza conexiunea între *imperfecțiune*, "rău" și durere. Dartigues spunea că dacă am asculta glasul Pământului (corp astronomic), am auzi rumoarea suferinței. Existența suferinței în lume a constituit un prilej constant de meditație și de argumentație pentru filosofii aței, ca și pentru oamenii religioși.

În mentalitatea primitivă, durerea este întâmplătoare și evitabilă - în raport cu acțiuni de vrajă și de contravrajă. În viziunea islamică, este expresia unei întâmplări inevitabile, fatale. În viziunea budistă, durerea este necesară și lipsită de valoare, dar poate fi învinsă, evitată, depășită. Viața omenească este mai ales suferință și evitarea suferințelor se face pornind de la analiza cauzelor ei: individuația, dorința. Schopenhauer a "modernizat" această viziune; suferința este rezultatul "voinței", *esență* a lumii - și poate fi suspendată în contemplație. În viziunea iudaică, suferința este privită ca o pedeapsă - deci este interpretată moral, în raport cu păcatele *individuale*. În alte concepții hinduse, suferința este privită ca un exercițiu spiritual, ca o antrenare a pocăinței pentru un păcat fundamental, esențial dar care ține de lumea aparențelor. Creștinismul tinde să considere suferința ca pe o valoare; ea poate fi învinsă, dominată, o dată cu progresul spiritual la care contribuie. Concepțiile tragico-eroice văd în suferință o încercare a virtuții și a curajului. Stoiicii găseau în suferință un mijloc de îmbogățire, o școală de fermitate; sufletul trebuie să rămână întotdeauna stăpân peste trupul pe care-l însuflețește ("boala este un obstacol pentru corp, dar nu pentru voință", spunea Epictet, sclav

frigian, stăpânului său care îi sfărâmasese gamba cu un instrument de tortură). În poezia lui A. de Musset găsim teza după care durerea este maestrul omului-ucenic: "nimeni nu se cunoaște atât timp cât nu a suferit". V. Hugo insistă asupra faptului că durerea ușurează deschiderea sufletului către semenii noștri. Ateii consideră suferința ca lipsită de sens - în măsura în care nu are utilitate biologică. În viziunea melioristă, progresul culturii, al civilizației și al organizării sociale va duce la suprimarea treptată a suferințelor. Acceptarea suferinței este un imperativ *biblic*. A dori să scapi de celebrul "vei naște pruncii în durere" a părut un sacrilegiu arhiepiscopului de Canterbury: acestea l-a blamat pe Simson pentru că a administrat cloroform reginei Victoria în timpul unei nașterii. Dar în zilele noastre, papa Pius al XII-lea a declarat următoarele: "corectarea interpretării false a senzațiilor organice și invitația de a le corecta; influența exercitată pentru a îndepărta spaima și teama nefundate - sunt valori pozitive, cărora nu avem nimic să le reproșăm, binefaceri pentru parturientă, pe deplin conforme cu voința Creatorului". De fapt, Dumnezeu biblic l-a *adormit* pe Adam când i-a scos coasta din care a făcut-o pe Eva.

După cum remarcă Merger și Chadeyron, doctrinele contemporane insistă asupra aspectelor negative ale *situației de suferință*. Durerea ne apare azi mai curând ca o putere tiranică, făcând din om un sclav; ea scade și pervertește activitatea; "din spiritul cel mai luminos ea face o ființă... concentrată asupra răului propriu, egoistă, indiferentă la toți și la toate, obsedată constant de teama reîntoarcerilor dureroase... Departe de a ne duce spre caritate, durerea dezadaptează funcțiile fizice și intelectuale... Ea consumă influx nervos". Nu este însă o exagerare în a afirma că "durerea este întotdeauna o diminuare", o uzură? Autorii înșiși adaugă că "săvârșirea oricărei funcțiuni este o cheltuială" și că "după împrejurări și după intensitate, consecințele acestui rău pot fi o binefacere sau o primejdie".

O analiză lucidă și cultă a suferinței ne-a dat-o scriitorul italian Cesare Pavese, mare suferind.

Oricum, evoluția mentalității din ultimul secol a mers de la *sublimarea durerii la teama de suferință* (Bericourt).

Nelinıştea și teama

- urzeală a psihologiei cotidianului în medicină

Abstracție făcând de durere - evenimentele psihice de care au a ține seama cel mai des medicii sunt anxietatea și teama. Boala este resimțită de către omul sănătos ca un spectru amenințător ori de câte ori recepționează informații verbale sau scrise despre stări morbide (la unii medici, această teamă dispăre prin obișnuire). Temea de boală este cea care îl aduce pe omul aparent valid în cabinetul medical, pentru a i se "controla sănătatea"; este factorul psihologic de cea mai mare forță care susține campaniile profilactice de vaccinare sau campaniile sanitare de depistare. Boala este resimțită de către omul bolnav nu numai ca o limitare a libertății sale actuale, ci ca o perturbare posibilă în realizarea speranțelor sale de viitor. Boala poate fi o prevestire a morții, a rupturii afective cu mediul, a separării și îndepărtării de o ambianță dragă, a frustrațiilor privind plăcerile sau și datorită vieții; ea este o atingere a narcisismului (ceea ce explică *reîntărirea* acestuia, manifestată prin egocentrism) (P. B. Schneider, 1963). Pentru bolnav, prognosticul nu este o problemă intelectuală, de previziune științifică, ca pentru medic. Se adaugă teama de medic - cu aspecte atât de caracteristice la copilul mic; teama de manevrele exploratorii sau terapeutice (sondaje, injecții); teama de rezultatul analizelor de laborator; teama de intervențiile operatorii (care nu este numai o teamă de durere sau de mutilare, ci și o teamă de incidente și accidente neprevăzute și - în orice caz - o teamă de *necunoscut*). Puține sunt intervențiile terapeutice lipsite complet de orice risc și bolnavul (mai ales cel cult și lucid) intuiește că boala înseamnă trecerea printr-o zonă periculoasă. Încrederea în medic (de multe ori rezultatul priceperii acestuia de a câștiga încrederea bolnavului, dar adesea în primul rând oglindirea prestigiului și renumelui acestuia) este cel mai bun mijloc care risipește teama. Ne putem ajuta, evident, cu sedative. Uneori, trebuie tratat fondul temperamental anxiogen al bolnavului (tetania, hipoparatiroidismul, distonia neurovegetativă). Este greșit obiceiul unor medici de a căuta să înăbușe anxietatea întemeiată a bolnavului printr-o comportare aspră, rigidă, chiar gene-

ratoare de teroare. În hipertiroidism, unde capacitatea de a reacționa prin teamă și spaimă este mult exagerată, data operației nu era anunțată bolnavului, pentru a evita o reacție psihovegetativă uneori realmente malignă. Pregătirea bolnavului în ziua operației se face prin sedare și provocarea unei stări crepusculare (Pantopon etc.). Nu trebuie să uităm că anxietatea redeșteaptă, la mulți bolnavi, trăsături *superstițioase* de care trebuie să ținem seama, oricât de absurd ni s-ar părea. De exemplu, bolnavul care se teme să fie operat într-o zi de marți sau la data de 13 ale lunii nu trebuie operat împotriva voinței sale, deoarece prin mecanisme de autosugestie el poate contribui *psihogen* la înrăutățirea stării sale.

Și *medicul* contribuie la "fondul" de anxietate (de obicei, bine disimulată) care caracterizează o bună parte din practica medicală cotidiană. Temea de contagiune - în cazul bolilor infecțioase și epidemice - este unul dintre fenomenele frecvent întâlnite în acest câmp. "Temea de bolnav" poate fi, de exemplu, și teama psihiatrului de actele agresive ale psihoticilor și ale demenților. Dar ea poate fi și teama medicului-bărbat de "fixarea" afectivă a unei bolnave, cu numeroase complicații ce pot decurge de aici. Medicul are de învins însă și alte temeri și anxietăți, care țin de eficacitatea actului medical: teama de "eroarea medicală" în diagnostic și în tratament; "tracul" chirurgului înainte și în timpul operației; teama de a nu reuși, în "înceșterea cu moartea" pe care o provoacă orice urgență medico-chirurgicală etc. Se adaugă cele care țin de conștiința *responsabilității* sale și de eventualitatea de a fi *tras la răspundere* pentru neglijențe, erori, incompetențe etc.

Teamă este și un mecanism de atragere a atenției organelor politice de stat către problemele de sănătate publică și de medicină. W. Gilman, analizând evoluția politicii științifice în S.U.A. pe o perioadă de 25 de ani, arată că finanțarea cercetărilor cu privire la antibiotice a fost impusă de necesitățile frontului (în război); ulterior, fondurile au fost orientate în sectorul oncologic. Dar, în 1955 și în anii următori, a survenit atacul de cord a lui Johnson și apoi cel a președintelui Eisenhower; a revenit în memorie spectacolul *infirmității* F. D. Roosevelt, mort prin hemoragie cerebrală etc., "fiecare dintre

aceste evenimente fiind o dramatică sfidare, sau reclamație pentru ceretare...". În zece ani, bugetele departamentului de sănătate și ale instituțiilor medicale au crescut de la o sumă totală de 81 milioane de dolari la o sumă totală de 1 miliard*.

*

Anxietatea este un fenomen asupra căruia merită să ne oprim mai mult. Există treceri nesimțite (de unde confuzii descriptive și interpretative) între teamă, frică, spaimă, anxietate, "angoasă",** angosă umană "normală" ori "existențială" și angosă patologică sau morbidă; toate sunt stări psihosomate, dar manifestările somatice (viscerale etc.) sunt mai pronunțate în spaimă. În forma sa cea mai clasică, angosă se prezintă, clinic, într-un mod foarte asemănător cu teama, însă fără să existe o primejdie reală sau o amenințare de pericol vital (obiectiv, conștient, actual). Explicațiile psihopatologice ale angoselor o fac să urce la temeri sau spaime trăite efectiv, cândva, de subiect, ea reapărând atunci când există reînvierea (mai ales inconștientă) a acestor stări primordiale: (după psihanaliști) - teamă în fața culpabilității oedipiene și angosă de castrare cu toate vicisitudinile și simbolizările sale, teamă de a fi abandonat de către mamă sau de către substitutul ei, teamă în urma eșecurilor sau a situațiilor de neputință, teamă foarte arhaică de distrugere corporală sau de alterare a personalității, teamă - ipotetică încă - de traumatismul nașterii, teamă de moarte cu toate implicațiile psihologice și filosofice pe care le comportă, teamă de neant (sau, mai exact, de "neantificare") - în perspectiva existențialistă filosofică și medicală ... Noțiunea comună este cea de *amenințare* (Schneider). După L. Bovet, angosă este o "emoție rezultând din așteptarea nesigură și temătoare a reînnoirii evenimentelor și a sentimentelor o dată trăite, pe care le-am încercat subiectiv cândva ca fiind - pe bună dreptate sau nu - penibile,

* Pentru comparație, menționăm că bomba atomică și radarul au "costat", fiecare, câte un miliard; aproximativ un miliard costă fiecare nou tip de rachetă și navă spațială.

** În limba franceză *angoisse*; în limba germană *Angst* (care înseamnă și frică); în limba engleză nu are decât cuvântul *anxiety*.

intolerabile sau depășind puterile noastre". După E. Strasky, angosă este o "senzație", în timp ce anxietatea are o *structură mai complexă* și poate fi opusă, oarecum, speranței. Littré definea angosă ca un "sentiment de constricție în regiunea epigastrică, cu dificultatea de a respira și mare tristețe". Cât despre anxietate, ea ar putea fi considerată ca un prim stadiu al angoselor, sau ca o angosă fără manifestările neurovegetative care o însoțesc de obicei.

Știm că existențialiștii văd în angosă (sau în anxietate) una dintre modalitățile importante ale condiției umane: Kierkegaard o leagă de dobândirea libertății, în timp ce Heidegger vede într-însa, o experiență trăită, un *Erlebnis* al neantului. Totuși, după H. Piéron, ideea de neant și chiar conceptul de negație nu pot fi gândite. Dacă angosă de moarte apare atunci când aprofundăm ideea neantului viitor al propriei persoane, ea decurge din neputința spiritului, în plină dezorientare, de a gândi un lucru care nu poate fi sesizat (*appréhendé*). Ca atare, angosă normală -, legată de moarte, neant sau libertate, nu apare ca o emoție trăită decât dacă, voluntar, începem să gândim despre aceste probleme; ea încetează "la ordinele noastre" atunci când părăsim asemenea reflexii. Evident, această stare este diferită de cea pe care o încearcă bolnavii anxioși care nu știu de ce sunt anxioși și nu pot să se debaraseze de anxietate.

Psihanaliști freudieni au, mai curând, tendința să neghe posibilitatea unei angosă "normale", aceasta apărându-le ca un derivat inconștient (mai mult sau mai puțin nevrotic) al unei angosă primare trăită în timpul copilăriei sau a primei copilării. Dar pentru V. Gebattel, conflictele, refuzările precare etc. nu fac decât să *demaște* anxietatea, condiție bazală omenească. La o bună parte dintre bolnavi, persistă (mai mult sau mai puțin conștient) ideea că boala este o *pedeapsă* - iar sentimentul culpabilității întărește anxietatea. Freud distinge (1932) trei tipuri de *Angst* (*Real-, Neurotische-, Gewissens Angst*) după cele trei raporturi de dependență pe care *ego-ul* le stabilește: cu lumea exterioară, cu *Id-ul* și cu *super-ego*.

Nu trebuie să uităm că există și un determinism somatogen al angoselor și al anxietății: angosă bulbară descrisă de Brissaud (și confirmată prin operații neurochirurgicale), angosă legată de excitația

regiunii temporale a creierului (J. David), din encefalite și din unele tumori cerebrale. Electroșocul determină o anxietate zisă hipotalamică. Sunt bine descrise angosta hipertiroidiană sau hipoparatiroidiană, cea coronariană, cea a cardiacilor sau a astmaticilor. Această "frică somatică" (Ey) afectează, probabil, mecanismele neurologice ale anxietății și ale angostei; nu putem ignora însă și o componentă reacțională a persoanei biologice, "reacția catastrofică" (asupra căreia a insistat, de exemplu, K. Goldstein). Tiroxina, corticosteroidii, adrenalina sunt anxiogene, ca și unele medicamente cum sunt cardiazolul și (tuberculostaticul) cicloserina. Cu privire la cicloserină, se cere însă să nu pierdem din vedere faptul că ea se administrează la cei suferinzi de o boală fizică îndelungată și stressantă (tuberculoza). Pe de altă parte, etapa actuală a dezvoltării farmacodinamiei este centrată pe producerea anxioliticelor și a tranchilizantelor (psihofarmacologie). În unele cazuri totuși tratamentul cel mai eficace al anxietății (poate chiar și a celeia în ultima instanță somatogenă) este psihoterapia, chiar sub forma elementară a prezenței calmante a medicului (sau a prezenței unui *medic calmant* - ceea ce nu este același lucru). O anxietate în ultima instanță somatogenă (*ultim* în sensul analizei retrospective, adică *primordială*) este, de exemplu, cea dintr-o boală endocrină. Orice anxietate psihogenă este, în instanță, apropiată, *somatizată* sau realizată prin mecanisme somatice. Biochimia anxietății a incriminat catecolaminele și metabolismul acidului lactic (Pitts, 1969).

Angosta este o emoție intolerabilă și împotriva sa se mobilizează forțe de apărare ale eului. Aceasta explică raritatea relativă a stărilor manifeste de angostă (ca și a celor depressive, de altfel), în afara clinicii psihiatrice și a nevrozelor. Intervenția medicului și a personalului auxiliar tinde să ajute la restabilirea echilibrului psihic (a homeostaziei) - mecanismele fundamentale pretrecându-se în afara câmpului conștiinței. Dar pot apărea echivalențe și substituții ale angostei, manifestate prin perturbări ale psihismului și ale comportamentului (Schneider). Unii bolnavi devin neliniștiți și grijulii. Dacă mecanismul de apărare este regresiv, ei devin pasivi, dependenți, *copilăroși*, foarte sensibili la hrana și la atenția care li se dă, tiranici,

având impresia că totul li se cuvine. Prin proiecție în exterior se ajunge la neîncredere, bănuială; sunt oameni plini de resentiment, eventual dezagreabili și agresivi. Alții par să suporte viața cu mult stoicism, ca și cum orice manifestare emotivă ar risca să devină primejdioasă. Este cunoscută și "fuga în somn", ca și supraaprecierea mâncării - actul de a mânca fiind (ca și la sugar) anxiolitic. Alții reacționează însă prin supraactivitate (motorie, intelectuală, profesională); supraactivitate adesea însoțită (D. M. Rioch) de o creștere (în sânge și în urină) a glicocorticoizilor. Supraactivitatea tinde să evite confruntarea psihologică cu boala; este o tactică de diversiune (ca și alcoolul, ca și unele preocupări filosofice și religioase *inautentice*). Aceste mecanisme de apărare constituie *riposte* elementare la amenințarea angostei (care reprezintă o *reacție* la amenințarea vieții). Ele fac parte dintre atitudinile față de boală, reacții și riposte mai complexe, de care ne ocupăm în alt capitol. Acestea trec pe nesimțite în *alimentarea creației* de către boală. Mai departe, asistăm uneori la izolarea bolii de orice context emotiv: bolnavul vorbește despre ea rece, profesional, intelectualizat - exprimându-se astfel *distanțarea* sa de boală. Un pas mai departe și ajungem la *ignorarea* bolii (o variantă *psihogenă* de anosognozie!) și nu este de mirare faptul că ea se întâmplă mai ales la cazurile foarte grave*. Dacă reacția este supracompensatoare, apar veselie și optimismul, senne care pot fi neliniștitoare pentru medic (în ce privește prognosticul). Angosta se mai poate disimula în spatele unei supraestimări magice a posibilităților medicului și a medicinii, care devin instanțe protectoare atotputernice. Alteori pacienții iau o atitudine negativă și agresivă. Agresivitatea și autoagresivitatea reprimă angostă. Bolnavii sabotează investigațiile diagnostice și tratamentele, sunt indisciplinați și recalcitranti. S-a mai notat și apariția unor simptome obsesionale, de exemplu o adevărată "manie" a ordinii. Pe acest fond se notează crize (*poussées*) anxioase (J.S. Beigler).

* Cehov, care a fost și medic practician - și care a murit prin tuberculoză pulmonară - declara cu câteva zile înainte de moarte: "sănătatea îmi revine în chinale".

Bolnavii cu nevroză anxioasă reacționează diferit la o boală fizică. Se observă reacții de accentuare a anxietății, căderea în invalidism psihic, dar și reacții paradoxale: simptomatologia mentală dispare ca și cum se mobilizează forțe de apărare până atunci ținute în șah.

Înainte de a încheia aceste considerații generale, este cazul să observăm încă o dată (cu Schneider) că "anxietatea poate fi un izvor de energie psihică, modelând personalitatea bolnavului într-un mod care poate deveni progresiv și structurant". A. L. Barach (1966, 1967) s-a făcut apărătorul "anxietăților prometeice", creatoare, deosebindu-le de anxietatea "endemică" sterilă.

Considerații speciale merită *reacțiile emotive ale copilului la boală* (Dalla Volta). Ele sunt de obicei *reacții de intoleranță* (agitație, insomnie, refuzul alimentelor, plâns). În cea de-a doua copilărie și la copiii preșcolari, se pot întâlni fenomene de *exploatare a stării de boală* sau chiar *dorința de a fi bolnav* ca o expresie a unei "nevoi de dependență". Când copilul este lipsit de energie, se observă o *stare de relativă inerție*.

Moartea ca problemă a psihologiei medicale

Geneza culturală a fricii de moarte

În mod obișnuit, omul de pe stradă "se teme de moarte" și găsim naturală (și explicabilă) o asemenea atitudine. În realitate, atitudinea față de moarte este în mare măsură *culturală* (și nu naturală) și dependentă în mod *complex* de starea de sănătate fizică și - mai ales - de starea de sănătate sufletească.

M. Eliade a arătat, în studii de istoria religiilor, că, la multe popoare, "frica de moarte" începe prin a fi o *frică de morți*. În mentalitatea primitivă, mortul nu este complet lipsit de "viață" (dealtfel, în concepția animistă, întreg universul este *însuflețit*), el este capabil să facă rău celor "vii" (în sensul propriu al acestui cuvânt). Determinantul "concret" al acestei stări afective este, în multe cazuri, cadavrul - între altele, poate, amintirea figurată în vis. Prin metamorfozare, această stare de spirit poate fi așezată atât la originea unor forme de cult al morților, cât și la originea unor forme de teamă de moarte. Este cunoscut faptul că, pe o treaptă mai evoluată a civilizației, credința în "viața de apoi" poate genera în masă (ca o caracteristică *culturală* a unor popoare) o adevărată *simpatie* pentru moarte (exprimată poetic de M. Eminescu în *Rugăciunea unui dac*). Moartea "fericită" (*euthanasia*, în sensul etimologic al acestui cuvânt) poate fi condiționată, la aceste popoare, de *semnificația* ei (martirul creștinilor) sau de *situația* omului în momentul morții (vikingii credeau că ajung în Walhala, dacă mor cu sabia în mână, luptând). O variantă a

credinței în nemurirea sufletului este credința în reîncarnare (metempsicoza). Printre cei care au căutat o întemeiere (*biologică* a atitudinii față de moarte îl cităm mai întâi pe E. Mecinikov (în *Eseurile sale optimiste*). În mod curent se vorbește de "instinctul de conservare", care ne-ar obliga (prin mijlocirea reacțiilor afective) să ne ferim de moarte, să căutăm s-o evităm, să ne fie teamă de ceea ce constituie un risc pentru viață. Or, în lumea animală, nu sunt rare cazurile în care sacrificiul individului în interesul progenerării și al speciei reprezintă *regula*, un moment fatal și natural în ciclul existenței organismului. Îmbătrânirea ducând fatal spre o moarte naturală - în specia umană, este plauzibil să admitem existența unui "instinct" care să-l facă pe omul (foarte) bătrân să *crească* împlinirea acestei fatalități în ordinea lucrurilor. Mecinikov a crezut că va putea argumenta manifestarea acestui instinct la longivivi.

S. Freud, într-o anumită etapă a evoluției gândirii sale, s-a considerat îndreptățit să emită ipoteza existenței a două instincte fundamentale - *instinctul vieții* (identificabil cu *libido*) și *instinctul morții* (etichetat cu *mortido*), dinamizând simultan viața psihică dinspre inconștient. Se poate vorbi și despre *Eros*, în opoziție cu *Thanatos*. Instinctul morții ar fi o tendință inerentă în orice viață organică pentru a se întoarce la o stare mai timpurie, *anorganică*, a existenței.

Geneza culturală a imaginii terifiante despre moarte a fost examinată, între alții, de către I. Biberi. *Iconografia morții*, reprezentarea sa alegorică, exprimă variabilitatea atitudinii umane în funcție de epoci, dă un echivalent sensibilității colective - dar ea influențează, la rândul ei, atitudinea. Este de menționat opoziția dintre reprezentarea morții de către antici, vădind un calm surăzător și respirând o melancolie resemnată - și între simbolizările evului mediu, înfățișând pe zidurile mănăstirilor schelete sau forme în putrefacție și descompunere. Cele două feluri de reprezentări traduc o diferență de atitudine: de o parte un echilibru senin și de alta o sensibilitate turmentată și instabilă. I. Biberi subliniază că reprezentarea medievală are și o tematică egalitară; ea este, în același timp, o expresie a protestului împotriva inegalității sociale: dansurile macabre sugerează vanitatea diferențelor de categorii sociale (șterse cu ușurință prin moarte, fie ea

târzie sau năpraznică); frecvent, schelete ale oamenilor bogați sunt figurate în vecinătatea scheletelor cerșetorilor. Obsesia morții și reprezentarea ei terifiantă se datorează, pe de o parte influenței creștinismului, pe de altă parte, frecvențelor epidemii care decimau populația Europei; printre aceste epidemii, un rol însemnat revine celor de ciumă. Pesta, "moartea neagră", prin formele sale fulgerătoare, prin incapacitatea omului de a o stăpâni, prin incompreensibilitatea și inexorabilitatea ei, a contribuit în mare măsură la încetățenirea ideii de moarte-blestem, lovind "din senin" și constituind astfel o amenințare continuă, latentă, o teroare a cărei presiune a durat secole întregi.

Scheletul, care la antici nu era decât un *memento mori*, devine un simbol al sensibilității obsedante. Dar "neliniștea izvorâtă din perspectiva singurătății omului sau a întâlnirii lui individuale cu moartea, este ocolită și rezolvată în dezlănțuirea colectivă, abrutizantă și zgomoasă a dansului, menit să producă uitarea". Ronda mai reprezintă și un "artificiu" de liniștire a spaimei individuale - figurând conștiința faptului că moartea este un fenomen ce lovește întreaga omenire. În orice caz, suntem departe de imaginea antică a somnului frate geamăn cu moartea, răsăriți deopotrivă din noapte. În iconografia modernă continuă să răzbată ideea fundamentală a *opoziției* dintre viață și moarte, între ele nefiind nici o punte de comunicare. *Opoziția* aceasta poate fi privită (*Kastner*) pe de o parte ca un rezultat al observației superficiale și vulgare, pe de altă parte ca un produs al tentației spiritului uman de a opera cu elemente antipodice și simetrice.

Dacă în cultura armonică și echilibrată a vechilor eleni se găsește filosofia *acceptării* destinului "implacabil", omul modern caută, dincolo de imaginea trupului lipsit de viață, *sensuri* morții și (dezorientat de răspunsuri) ajunge să nege sensul vieții. Literatura romantică a secolului al XIX-lea a prezentat de multe ori moartea ca un obstacol suprem, dar frecvent, la realizarea speranțelor individuale (G. Leopardi), insistând asupra morții pretimpurii, prin boală. Poemul

* Caracterul arhetipic și simbolic al flagelului a fost bine sesizat de A. Carnus în romanul său *Ciuma*.

Mortua est al lui M. Eminescu este caracteristic. P. Bourget a descris cu lux de amănunte progresiunea nemiloasă a unui cancer de cap de pancreas, pentru a opune *moartea fără sens* - morții, prin sacrificiu pentru oameni sau pentru o idee (*Le sens de la mort*). Evident, refuzul sau acceptarea morții - în funcție de *sensul* ei personal, social etc. -, este cu totul altceva decât frica de moarte ca o experiență dureroasă, chinuitoare, îngrozitoare. Este cu totul altceva decât frica de moarte ca *frică de necunoscut* sau ca *frică de a trece într-un tărâm de ispășire* (ca în monologul lui Hamlet din piesa lui Shakespeare). Seneca, Cicero și Plato preconizau să întâmpine moartea cu dragoste și nu cu supărare. Dar G. Barbarin observă că moartea reprezintă un salt atât de mare în necunoscut, încât chiar printre cele mai aventuroase firi nu se găsesc persoane care să simtă nevoia de a-și satisface, murind, o curiozitate.

Psihologia clipei de moarte

Într-o lucrare amplă, G. Barbarin și-a propus să demonstreze că, în general, imaginea despre moarte ca încheiere înfricoșătoare a vieții nu corespunde realității psihologice și că ea ține de legende cu răspândire limitată în spațiu și timp. "*Moartea*, cu majuscule, craniul cu orbite goale, este opera pictorului, a zugravului și a poetului. În realitate, moartea nu are nici o înfățișare, nici esență, nici personalitate". Ceea ce ne înspăimântă nu este, de fapt, moartea *noastră*, ci moartea *celuilalt*, ale cărei faze se desfășoară dramatic în fața noastră. Moravurile sociale au făcut din *cazul* de moarte, un *spectacol* exterior, în timp ce el ar trebui să rămână un act intim. "*Suferința este prețul vieții*. Suferim mai îndelung pentru a ne însănătoși decât pentru a muri". Mahatma Gandhi a opus teama de moarte a *hindusului* atitudinii arabilor și a afganilor, care văd în moarte numai o neplăcere *printre altele*. R.P. Huc a observat numeroși chinezi murind "fără a se lupta cu moartea", stingându-se "ca o lampă fără ulei". După G. Barbarin, rădăcina "*luptei cu moartea*" se găsește în rezistența oricărei creaturi conștiente față de gândul dispariției sale - rezistență determinată de mândrie, de obișnuință sau de spaimă. M. Maeterlinck

a atras însă atenția asupra faptului că spaima ține, de multe ori, de confuzia pe care o facem între *boala* care duce la moarte și *sfârșitul* acestei boli. Un alt autor, R. W. Mac Kenna, recunoaște că frica de moarte este larg răspândită printre oameni, dar este și relativ ușor de învins, ceea ce ar constitui un argument împotriva ideii că ea ar fi expresia unui instinct. În adevăr, frica de moarte păleşte sub influența altor emoții sau chiar sub influența unor impulsuri momentane: o interferează, de exemplu, dragostea, ațâțarea luptei, chemarea datoriei, instinctul matern. Celebrul medic german Chr. Hufeland, care a trăit la începutul secolului al XIX-lea, scria în *Macrobiotica* sa că nici o teamă nu generează mai multă nefericire decât teama de moarte și că această teamă scurtează durata vieții; credea însă că această teamă poate fi învinsă, dacă ne familiarizăm cu ideea morții. Invers, se poate vorbi despre "intoxicații" cu ideea morții - și acestora li se pot opune perspective mai luminoase. "Intoxicații" cu ideea morții au fost (după opinia lui Barbarin) mulți scriitori cunoscuți: M. Barrès, P. Loti, H. Duvernois, J. H. Rosny. Dar încă Epictet spunea că lucrul cel mai îngrozitor din moarte este ideea pe care ne-o facem despre ea, iar Montaigne scria că *philosopher, c'est apprendre à mourir*. S. Butler vedea în moarte un eveniment (sau un incident?) care produce mai multă *frică* decât *neplăcere*. Același Montaigne se întreba dacă *intrarea în viață* (nașterea) nu este mai greu de suportat decât moartea - întrebare care pare să-și găsească un răspuns afirmativ în lumina cercetărilor psihologice mai noi (menționăm teza despre "traumatismul nașterii" elaborată de O. Ranke și de alți psihanaliști).

Un clinician celebru, sir William Osler, a luat note detaliate cu privire la 500 de morți la care a asistat. Nouăzeci dintre pacienți au suferit de durere fizică sau de suferință variată; 11 au arătat teamă (sau presimțire?), numai doi - groază; câte unul a prezentat exaltare spirituală sau remușcări amare. Pentru marea majoritate însă, "moartea a fost asemănătoare cu nașterea - somn și uitare". Comparația morții cu nașterea se întâlnește și la William Gull. William Hunter, în ceasul morții, regreta că nu mai are forța să descrie "cât de ușoară și de plăcută" este această ultimă experiență a vieții.

Pornind de la asemenea mărturisiri, G. Barbarin a susținut teza "morții dulci". După el, durerea și spaima nu pot să apară, de foarte multe ori, din cauza rapidității cu care se precipită deznodământul, sau - în cazul multor boli - din cauza epuizării nervoase ori a anesteziei asfixice*. Autorul amintește lucrarea lui A. Salivas din Bordeaux (1883), care a deosebit, după manifestările psihologice din apropierea morții, trei clase de boli:

a) cele în care nu apare delir, în care inteligența rămâne adeseori intactă până în ultima clipă - și în care moartea se produce prin cord sau plămân. Din această categorie fac parte majoritatea afecțiunilor medicale. Uneori se remarcă o stare de vioiciune premortală, iar "masca" mortuară este câteodată chiar extatică (*morierum vaticinatio*). Mulți bolnavi mor resemnați, unii se calmează (după o perioadă de anxietate și de agitație) și pot elabora proiecte pentru viitor. Sentimentul de *bien-être* din ultimele clipe a fost consemnat sau admis de Barthez, Cabanis, Darwin, ș.a. Istoria păstrează date despre excitația euforică premortală a împăratului Hadrian, a poetului Ronsard, a scriitorului Alfieri. După Moreau de Tours și Salivas, explicația acestei stări poate fi căutată într-o stare de excitație terminală a centrilor nervoși (simpatici?), în timp ce Legrand de Saulle emite ipoteza unei alimentări *energetice* suplimentare a creierului;

b) altă categorie de boli interesează secundar creierul; ele se pot însoți de delir;

c) în sfârșit, în bolile care afectează direct creierul, tulburările de conștiință sunt constante.

Există, firește, și situații mai puțin "convenabile". Voivenel citează, printre bolile cu *exitus dramatic*, peritonitele, pancreatitele acute etc., dar atrage atenția asupra faptului că *drama subiectivă* se limitează, de obicei, la începutul evoluției sindroamelor, când organismul nu este încă intoxicat și infectat.

G. Barbarin trece în revistă, între altele, cazuistica privind moartea prin febră tifoidă, moartea subită, moartea "naturală" prin

bătrânețe, moartea prin asfixia accidentală, prin înec, prin electrocutare, prin otrăvire cu gaz de iluminat, prin incendiu, prin îngropare în timpul unui cutremur, prin accidente de circulație, prin arme de foc, prin cădere din avion sau în prăpastie, prin atac al fiarelor sălbatice, prin execuții capitale, prin spânzurare, prin otrăvire, prin epuizare, prin rănire mortală în bătălii militare etc.

H. de Varigny vede "o poziție câștigată" în concluzia că moartea nu este chiar atât de neplăcută pe cât ne-o imaginăm. Barbarin pledează pentru teza morții *analgetice* și citează situații în care moartea pare să fie însoțită de un sentiment de fericire (intoxicația cu oxid de carbon, după Roubaud). În cazuri de traumatisme fizice sau de accidente, nu numai durerea, ci și spaima lipsește în momentele critice; durerea apare mai târziu. Firește, starea de spirit a condamnaților la moarte alcătuiește un capitol aparte. A. Hoche a putut scrie, în 1919, că pedeapsa cu moartea înseamnă, de fapt, o condamnare la *spaima de moarte* - însă pe autor îl interesează *senzațiile și emoțiile* din momentul *suprem*. De multe ori s-a notat că ostașii, în timpul atacului, nu simt pătrunderea gloanțelor sau a baionetelor în corp (ceea ce se datorează, în mare parte, stării speciale de excitație psihică). O excepție la regula "morții plăcute" a lui Barbarin o constituie unele execuții barbare prin tortură, de asemenea intoxicația cu stricnină, tetanosul. Remarcabilă este observația că, în cazurile de agonie sau de pierdere a conștiinței care nu s-au soldat cu moartea, faza dureroasă, neplăcută, greu de suportat a fost *înțoarcere la viață*. Organismul care își recapătă forțele, își recapătă în același timp capacitatea de suferință (H. de Varigny). S-a ridicat și problema dacă *reanimarea artificială*, medicală, deși mai eficace, nu produce mai mult suferință decât revenirea spontană, prin mijloacele de apărare proprii ale organismului. Napoleon obișnuia să spună că "medicii și preoții au făcut ca moartea să fie dureroasă", iar M. Maeterlinck scria că "întreaga noastră știință ne ajută să murim cu mai multă durere decât animalele, care nu știu nimic". Maeterlinck (poet) critica obiceiul medicilor (interpretat de aceștia ca *datorie*) de a prelungi cât se poate mai mult agonia dureroasă a cazurilor disperate. În practică, întâlnim câteodată cazuri în care bolnavii incurabili reproșează

* O importantă serie de observații clinice asupra ultimelor clipe din viață a fost strânsă de H. de Varigny (*La mort et le sentiment*). Despre *dolcezza di morire* a vorbit G. Leopardi. Schopenhauer admitea că reflexul subiectiv al morții nu poate fi decât pierderea conștiinței.

medicilor prelungirea existenței lor. Istoria reține, ca un caz "tipic" pe cel al lui La Boétie.

Ca argument pentru regula "morții dulci", G. Barbarin aduce observațiile psihologice efectuate de stări *analoage* morții, cum sunt anestezia generală, somnul prin narcotice, sincopa, letargia și catalepsia, *knock-out*-ul și chiar somnul cel mai banal.

În 1963, F. Marti-Ibanez a susținut un punct de vedere asemănător. "Împotriva părerii populare, moartea de toate felurile (cu excepția unor cazuri neobișnuite sau unor accidente) nu este însoțită de durere fizică - dimpotrivă, este suportată cu seninătate și chiar cu o anumită stare de bine și de exaltare spirituală, cu o euforie premortală, care nu are origine religioasă sau filosofică, ci este determinată de acțiunea anestezică a bioxidului de carbon asupra sistemului nervos central ca și de efectul substanțelor toxice". Această interpretare nu diminuează însă importanța *atitudinii spirituale* față de viață și de moarte, ca "psihoprofilaxie" a stărilor psihice nedorite din momentul *exitus*-ului.

O poziție deosebită o întâlnim la I. Biberi. După psihiatrul și scriitorul român, există o conexiune intimă între *thanatos* și spaimă. Spaima se manifestă pe niveluri și planuri diferite (umoral, organic, sufletec) ca o "premoniție a morții iminente și inefabile". Acest sentiment "penibil și copleșitor" este legat cu o "tensiune de așteptare, care traduce percepția suspendării timpului și întuirea nemijlocită a morții". I. Biberi precizează, în continuare, că "întuirea morții se poate face în două împrejurări: lucid și integrat, în spaimă, obnubilat și destrămat, în agonie". A treia modalitate de cunoaștere a morții, prin adeviziune voluntară la moarte (sau negația voluntară a valorilor vitale) prin identificare cu planul neantului, prin *indiferentism* - este principal neadekvată, deoarece detractarea echilibrului organic pare a fi condiția *sine qua non* a coborârii într-o existență intemporală.

De pe pozițiile *psihologiei dinamice* s-a susținut (D. Cappon, 1959) că persoana muribundă, neputând concepe neființa ca o apărare a *ego*-ului ei, încearcă să "raționalizeze" plecarea dintre cei vii. Firele de *libido* care leagă pacientul de viață sunt desfăcute, rămânând, pentru un timp, doar investiția narcisistică în corpul

dominat de boală. Incapabile să susțină dorința de a trăi, aceste fire se rup și ele, astfel încât pacientul poate lua cunoștință de prognoza finală *chiar* cu un sentiment de ușurare.

De pe pozițiile *medicinii antropologice*, se poate face distincția între "moarte *bună*", care înseamnă depășirea "vechiului" - ca premisă a noului, a creșterii, a dezvoltării și "moartea *negativă*". Moartea "bună" este aceea la *vie c'est la mort* a lui Cl. Bernard (sau, mai curând, moartea "vie", immanentă, pozitivă); este moartea cântată în versurile lui R.M. Rilke, moartea "cu sens". Moartea cea "moartă" este simbolizată prin cadavru (*la charogne*) - cadavrul simbolizând, la rândul său, ceva ce este rău, impur, interzis, corupt, descompus, "excreta la puterea a doua" (Schopenhauer). *Tabu*-ul morții și frica de *mort* pot fi, în parte, explicate prin această interpretare.

Atitudini față de moarte

Frica nu este singura atitudine afectivă față de moarte pe care o întâlnește medicul la bolnavii săi. Modul în care privim moartea - înțeleasă ca opoziție, ca negație, sau ca sfârșit al vieții, reflectă evident atitudinea afectivă de viața *noastră* concretă, față de viața activă a omenirii (în care suntem angajați), față de viața biologică pe care o "apreciem" distanțându-ne *intelectual* de dânsa. Traumatismele afective suferite în cursul vieții pot duce la o stare de *indiferentism* față de viață și moarte, stare în care balanța poate fi înclinată într-o parte sau alta, cel mult prin mijlocirea unor *argumentații*. Se vorbește în aceste cazuri de *tentația* neantului, dar și de tentația de a *exista* (Cioran).

Lupta cu *obsesia* morții este altceva decât lupta cu *seducția* ei: M. Eminescu a exprimat în chip perfect ideea morții *calmante*. În *Unchiul Vanea*, A. P. Cehov vorbește (pe linia anumitor tradiții creștine) de moartea ca *odihnă* întrevăzută și bine meritată. Michelet scria că este "consolant să te gândești că nimic din ceea ce are viață, nu scapă legii universale a morții". Poetul german Th. Fontane are o strofă (postumă) în care spune că "cel mai bun" lucru ni-l oferă viața, este conștiința că se sfârșește cândva. În alte cazuri, găsim oscilații

dramatice între aderența la viață (se poate vorbi de o *fugă în viață*) și seducția morții – înțeleasă ca împărăție a liniștii și a păcii. Există o diferență esențială între a trăi *pentru că îți place*, a trăi din *"conformism" social*, a trăi *pentru că ți-e frică de moarte*, și a trăi din *obligatie*, considerându-ți viața ca pe o datorie. Versurile lui G. Coșbuc (care constituie, totodată, epitaful său) sunt semnificative: "O luptă-i viața, deci te luptă/cu dragoste de ea, cu dor/...Tu-i ai pe-ai tăi? De na-i pe nimeni/te lupți pe seama tuturor" Pentru Coșbuc "ești un nemernic/de n-ai un țel *hotărât*". Justificările obligației de a trăi pot fi pământești (de ex. datoria față de copii) sau transcendente (sinuciderea – considerată ca un mare păcat de religia catolică).

Concepția generală despre lume și viață este, așadar, un determinant de prim rang al *atitudinii* afective față de viață și față de moarte (sunt influențe dinspre sfera *spirituală* spre cea *sufletească*). Cele două tipuri *extreme* descrise de F. Baumgarten – tipul "legat de viață" (*Lebensgebunden*), pentru care activitatea este un mijloc pentru a obține satisfacții din sfera vieții și tipul "legat de operă" (*Werkgebunden*), pentru care viața este un mijloc de realizare a unui țel axiologic (cu durabilitate, utilitate sau bucurându-se de respect și de apreciere *suprapersonală*) – au, fiecare, o atitudine particulară în problema morții. Meșterul Manole din balada noastră populară (*Legenda Mănăstirii Argeș*) este un tip legat de operă. Eroii științei – dar și o bună parte din eroii istoriei politice – își extrag capacitatea de sacrificiu și atitudinea curajoasă în fața morții dintr-o filosofie în care *individul* valorează *mai ales* prin contribuțiile sale de interes suprapersonal. Pentru omul "legat de operă", ducerea la bun sfârșit a unei activități creatoare înseamnă nu numai o împăcare cu viața, ci și o împăcare cu moartea. În aceste cazuri, ideea morții nu reprezintă niciodată (sau aproape niciodată) o obsesie paralizantă, ci un stimul al activității; *memento mori* înseamnă o invitație la folosirea optimă a capacităților de muncă, a timpului disponibil (*ars longa, vita brevis* – spuneau vechii hipocratici). Pentru omul "legat de viață", ducerea la bun sfârșit a unei activități creatoare înseamnă deschiderea a noi

posibilități pentru savurarea vieții. Ideea morții este gonită prin aderență (sau prin "dizolvare") în viață, iar *memento mori* înseamnă o invitație la culegerea atentă a clipei (*carpe diem*).

Corelații între tipul de mentalitate și atitudinea față de viață și față de moarte pot porni și de la alte analogii: de la tipologia *Weltanschauung*-urilor elaborate de K. Jaspers sau de la acele "forme ale vieții" (*Lebensformen*) descrise de Spranger; acesta din urmă deosebea, printre alte ipostaze ale Omului, tipurile: teoretic, economic, estetic, de putere, religios, social (omul tehnic este un tip complex!), fiecare definit prin supremația unei anumite valori în "tabela" sa axiologică (o orientare dominantă către o anumită valoare structurează personalitatea în mod specific). Atitudini caracteristice sunt exprimate în folclorul poporului român. L. Rusu consideră ca fiind la fel de caracteristice atitudinea ciobanului din *Miorița* (contemplare și resemnare învăluită de farmecul restituirii către natura frumoasă), sacrificiul constructiv al Meșterului Manole și atitudinea combativă, neînfrică, de tip haiducesc (*Toma Alimoș*). Dacă reuinarea lor în aceeași persoană este discutabilă, prezența lor în același popor îi asigură acestuia adaptarea, supraviețuirea și creativitatea.

Există însă și repercusiuni ale sferei *sufletești* spre cea *spirituală*. Accidente biografice în evoluția psihică, infirmități și boli, traume și drame psihice influențează (până la a o determina) concepția despre lume și viață. Caracteristică reacțiilor romantice este "revelația" sensului sau non-sensului existenței prin fulgurația unui incident sau accident personal. Pentru G. Leopardi moartea unei fete tinere este un argument suficient pentru a conchide cu viața este "amar și plictisală, iar lumea este mocirloasă". Pentru M. Eminescu (*Mortua est*) o moarte asemănătoare a unei fete pe care, probabil, o iubea (deși ar fi fost suficient pentru "logica" expunerii – să o admire) este un argument peremptoriu în favoarea ateismului și a ideii *lipsei de sens* a fenomenelor naturale. O asemenea "revelație", legată de incidente sau accidente personale (din domeniul suferinței, bolii, morții), stă la rădăcina multor ramuri moderne ale medicinei "heterodoxe" sau "neconvenționale", cum sunt *Christian Science*, dar și homeopatia sau

variante de naturism. Psihologia bolnavilor incurabili se caracterizează, în multe cazuri, printr-o evoluție sau o involuție spirituală ce reflectă reacția personalității față de boală. În toate aceste cazuri, se pune, totuși, întrebarea dacă infirmitatea sau boala *determină*, sau numai *ocazinează* o asemenea transformare; dacă reacția este *specifică* pentru boală, stare, situație (*alospesifică*) sau specifică pentru personalitate, pentru capacitatea și profilul ei individual de ripostă (*idiospecifică* sau *tipospecifică*). Trebuie avută în vedere, de asemenea, eventualitatea în care reacțiile, alospesifică și tipospecifică, merg în același sens, constituind în acest caz un cerc vicios (de exemplu, anxietatea condiționată de evenimente poate amplifica anxietatea temperamentală). Modificările psihologice determinate de o boală amenințătoare pot fi (după cum am mai menționat) de tip regresiv (represiv), în sensul dat de către psihanaliză acestui termen. În unele cazuri regresivitatea merge spre mentalitate de tip magic, mistic etc.

O atenție particulară o merită atitudinea față de viață și față de moarte a unor cancroși (sau numai a unor indivizi "predispuși" la cancer). După Le Shan, acești bolnavi sunt adesea "disperați de a fi ei-inșiși" (autorul folosește o expresie a lui Kierkegaard). Dincolo de o aparentă justificare, oarecum reușită, la cerințele vieții, explorarea psihologică care merge în adâncime (care nu se mulțumește cu aprecierea superficială) descoperă lipsa unei satisfacții reale, lipsa speranței și a unui "sens" subiectiv dat vieții. Deși acești bolnavi se tem de moarte, ei nu doresc să trăiască. O stare sufletească analoagă (?) a fost descrisă încă de Seneca sub eticheta *libido-moriendi*. Lipsa de credință în propriile capacități de dezvoltare se asociază cu impresia că orice contact cu lumea este traumatizant sau disproporționat față de rezultate. Aprecierea destinului amintește de legenda lui Sisif. Propriul eu este "intolerabil". Paradoxal, investiția energetică și de inițiativă în activitatea zilnică pot fi menținute; *Weltanschauung*-ul bazal al pacienților este însă unul "mecanic", fiind ghicit și un predeterminism cenușiu, un destin implacabil (*moira*).

Marele romancier german Th. Mann a consacrat multe pagini bolii și morții. El tinde să adere la părerea că, pentru destinul multor

oameni, abia atunci când ei sunt "copti pentru moarte" are loc și *maturația vieții*. Boala și moartea (mai bine zis apropierea morții) sunt "marii educatori", însemnate călăuze prețioase către ceea ce este *omenească*. Ceea ce elogiază Th. Mann este însă *viața*, dar o viață autodisciplinată, care a renunțat la răătăcirii, simpatii primejdioase și "farmece"; o *sănătate superioară*, care restabilește "ideea omenească în puritatea ei". Totodată, Th. Mann prezintă moartea "cu două fețe", una comică și una tragică, una rizibilă și una gravă.

O problemă importantă de psihologie medicală este aceea a *atitudinilor și comportamentului celui condamnat sau a muribundului* față de *ceilalți*. Unele cercetări (sau scrieri literare) pun în evidență "răutatea", "negativismul", tendința de a "deteriora"; altele dimpotrivă, o "creștere" psihică (intuiții valoroase asupra experienței, mari bucurii, importante reevaluări ale trecutului).

Schopenhauer susținea că, dacă n-ar fi existat moartea pe Pământ, cu greu s-ar concepe și existența filosofiei. Afirmatia este, în multiple sensuri, de ordinul evidenței (deși numai de ordinul evidenței *elementare*). Omul este - se spune - singura ființă care știe că este muritoare, moartea este trecută printre certitudinile *necondiționate* ale vieții. Această certitudine a fost exploatată până la refuz de către filosofia existențială (Kierkegaard, Heidegger, J. P. Sartre). O examinare a eseurilor sau numai a discuțiilor ocazionale pe această temă ne arată însă superficialități și confuzii inadmisibile. Pentru că ele se cer evitate de către medicul practician, considerăm utilă transcrierea unei sistematizări "didactice" a atitudinilor față de moarte. Se confundă prea ades *perspectiva* "de principiu" a morții (*toți oamenii sunt muritori*), cu *amenințarea morții* (de exemplu, printr-o boală gravă), cu *iminența morții* (într-o urgență medico-chirurgicală sau în evoluția imposibil de stăpănit a unei maladii), cu *frica de moarte* - privită ca o trecere înspre un "dincolo" (ce poate fi neant). Nuvela lui Lev Tolstoi, *Moartea lui Ilici*, este citată ca fiind ilustrativă pentru conștientizarea, prin boală, a situației existențiale a celui muritor (V. Gusic, 1980). Se confundă, de asemenea, incurabilitatea cu suferința; sau frica de moarte cu dragostea de viață, ori iubirea de moarte cu frica de viață - ca în unele aforisme ale lui Schopenhauer. Destinul

inexorabil al Omului, ca ființă muritoare, este identificat în mod nepermis cu incapacitatea medicinei terapeutice ("naturalul" este interpretat ca "eșec tehnic").

"Omul în fața morții constituie, în esență, nu numai o problemă de *tanatologie* (moarte umană ca obiect de știință, M. Kernbach), cât, mai ales, o problemă de *antitanatologie*, o cercetare a reacțiilor și ripostelor, practice, teoretice, psihologice, mitologice, culturale etc.

Deosebim:

A) *Mijloace tanatoprive*:

a) combaterea "realității" morții prin mijloace active: optimizarea vieții individuale și colective (eubioza); medicina însăși (ca practică și ca știință); evitarea morții accidentale; prelungirea vieții (macrobiotica); profilaxia noxelor toxice; lupta împotriva războiului etc.;

b) compensarea pierderilor aduse de moarte: demografică (procreția) și în relațiile umane (rezerve de prieteni, de cadre profesionale, de soldați etc.);

c) asigurarea conservării, perenității, valorificării (măcar parțiale a vieții pieritoare: o viață biologică (în progenitură), viață socială (civilizație și cultură: modalitate de nemurire prin creație, memorie, inscripții, documente, legende, monumente funerare etc.).

B) *Mijloace pasive*:

a) "buna folosință" a morții (sacrificiul, înlocuirea vechiului cu noul, restituire spre ciclul materiei, pedeapsa, răzbunarea, eutanasia, "experimentul" util etc.);

b) "buna folosință" a ideii despre moarte (eventual și exacerbarea controlată a conștiinței fatalității morții), în scop juridic, moral, religios, filosofic, artistic, social-politic, medical (teama de moarte obligă la îngrijirea sănătății);

c) conviețuirea cu ideea de moarte: metode de cenzură (evitarea gândurilor despre moarte), metode de mascare, de "fard" și de ornamentare (de exemplu, analogarea morții cu somnul), metode de obișnuire (ca în epidemii, în catastrofe naturale, în război, în medicina de urgență), metode de "vaccinare psihică" (de exemplu, pregătirea la

traumatismul pierderii unei ființe dragi prin familiarizarea cu moartea altora);

d) mijloace chimice (psihotrope: somnifere, calmante psihanestezice, evaziune toxicomană - banala beție);

e) mijloace psihologice: de diversiune, de abrecație și catarsis, de consolare, de compensare, de antieclipsare (în eclipsa solară, un corp ceresc insignifiant, Luna, ne împiedică să vedem Soarele!); *logoterapia* lui V. Frankl întărește refacerea sensului vieții la cel obsedat, disperat, sau îndoliat); mijloace patologice (alienația mintală!), psihosociologice (normarea doliului, Freud);

f) mijloace culturale: religia (nemurirea, reîncarnarea, pan-teismul, reînvierea), morala cu variante recomandabile, pozitive: a sacrificiului, datoriei și obligațiilor, a eroismului, a stoicismului, dar și cu variante negative, condamnabile: a egosimului, a masochismului sau a perversiunii), filosofia "dezindividualizării" (altruism, statisticism, supremația indiscutabilă a colectivității, viziunea budistă despre iluzia individualității, viziunea biologizantă cu supremația speciei și a liniei filetice, "devalorizarea" sistemică a individului*), filosofia cotidiană comparativistă ("poate fi și mai rău"), deprecierea vieții, exaltarea morții, viziunea eternei reîntoarceri sau a unor armonii superioare care acoperă accidentalul (*Teodiceea* și "armonia prestabilită" a lui Leibnitz). Obiectivele unor astfel de filosofi (sau filosofări) sunt multiple: atenuarea sentimentului morții; exacerbarea sentimentului vieții până la camuflarea sentimentului morții; atenuarea contrastului dintre viață și moarte prin atenuarea sentimentului vieții.

Sinuciderea

Problema *atitudinii față de propriul eu* devine o problemă de "viață și de moarte" în multe sectoare care interesează pe medic. Ea intervine în etiologie, patogenie, vindecare, este o premisă a atitudinii față de medic și față de acțiunea terapeutică etc. Aspectul cel mai dramatic este cel relevant în *sinucidere*. Analiza suicidului este extrem

* Ca în *Moartea lui Fulger*, de G. Coșbuc: "Din codru rupi o rămurea/ce-i pasă codrului de ea?"

de instructivă pentru întreaga problemă discutată în capitolul prezent. (Pentru A. Camus, problema sinuciderii este extrem de reprezentativă pentru un grup întreg de probleme existențiale ale antropologiei filosofice).

Sinuciderea este un act cu semnificație variată și multiplă. Tocmai de aceea, scriitorul Anton Holban a considerat-o drept o *moarte care nu dovedește nimic* (acesta este titlul unui roman al său).

Termenul apare în 1737 (Desfontaines). Baldwin o definește drept o "crimă intențională asupra propriei persoane" (dar *intenția* este greu de demonstrat întotdeauna). În această definiție se strecoară, precum se vede, o judecată de valoare sau și o apreciere juridică ("crimă"). Mentalitatea actuală, mai tolerantă (și deci mai omenească), judecă actul sinuciderii *mai puțin juridic*, mai puțin *religios* (ca pe un "păcat"); caută să-l explice *sociologic* și să-l eticheteze psihologic și *psihiatric*. Este dincolo de orice îndoială că *frecvența* sinuciderilor este influențată de factori social-economici (E. Durkheim), dar *problematika* sinuciderii are numeroase aspecte biologice, psihologice și spirituale. Considerăm că este exagerată afirmația lui Perr, după care sinuciderea este o "boală mentală cu efecte duse la limită".

Există *dezechilibre caracteriale* care favorizează tentativa. Impulsivul va avea motive futele, va surprinde prin bruschețea actului. La paranoici vom găsi o hipersensibilitate morbidă. Irascibilul, perversul, hiperemotivul, anxiosul - reprezintă alte categorii de predispuși, fiecare predispoziție avându-și "mecanismele" sale. Un lot masiv este furnizat de către întârziatăii afectivi (prin atitudine "captativă", prin mare sugestibilitate, prin tendința la imitare, în urma forțării atenției și nilei etc.). Există un *coeficient personal* în ceea ce privește gradul de premeditare, alegerea "momentului" și a modalității de execuție (L. Szondi a insistat asupra ultimului aspect în a sa "analiză a destinului" - *Schicksalsanalyse*).

Mijlocul folosit nu este totdeauna "mijlocul la îndemână". El este ales și în raport cu *semnificația simbolică* a mijlocului, cu valoarea sa de traumatizare asupra "eului" (unii preferă mijloace blânde, nedureroase; alții, dimpotrivă, vor să provoace propriului trup și suflet un maximum de agresiune). Sinuciderea prin spânzurare ar repre-

zenta, în acest sens, expresia unei tendințe de autoumilitare; condamnarea la moarte prin spânzurătoare este considerată - în tradiția juridică - o pedeapsă mai gravă decât condamnarea la moarte prin împușcare, de exemplu. Faptul că în homeopatie se disting variate tipuri de gânduri de sinucidere, apărând în cadrul patologiei diferitelor remedii și dispărând la tratamentul *adecvat* - sugerează și o rădăcină intrapsihologică a "alegerii" modalității de sinucidere. Pelagrosii se sinucid adeseori prin înecare; există, oare, o legătură între importanța senzațiilor de arsură în simptomatologia subiectivă a bolii și această macabră "preferință"?

Rădăcini *infrapsihologice* are, de multe ori, *localizarea în timp* a gestului disperat (la femei, în perioada de "tensiune premenstruală", de exemplu). Însemnătatea factorului ocazional poate fi argumentată: a) în ce privește alegerea mijloacelor, cu frecvența sinuciderii prin spânzurare la bătrâni și a aceleia prin otrăvire (cianură etc.) la chimiști; b) în ce privește frecvența *exitus*-ului față de tentative, prin situația întâlnită la medici ("cauze" mai numeroase? Ocazii mai frecvente de a găsi mijloace? "tehnică" mai sigură?). În alegerea mijlocului și a metodelor (a "*structurii*" suicidului) contează și "modelele" culturale (pesimiști celebri, opere literare - cea mai cunoscută fiind *Werther* a lui Goethe, stele de cinema etc.). Dacă afirmăm că în recurgerea la sinucidere nu intervine numai modul de a privi viața și moartea, ci și modul de a privi *sinuciderea* însăși, în această frază trebuie să se cuprindă și constatarea că unii oameni nu "înțeleg" deplin gravitatea actului în diversele sale implicații. Copilul, de exemplu, nu "realizează" ce înseamnă sinuciderea deoarece nu înțelege prea bine ce înseamnă moartea (copilului și adolescentului nu îi este limpede riscul anihilării ireversibile).

Ne interesează, în primul rând, să deosebim *sinuciderile* de "simplexe" tentative. Unii vorbesc despre *sinceritatea gestului*: foarte frecventă fiind tentativa-șantaj, îndreptată spre obținerea unei aprobări, unei stări de timorare receptivă la influențe, unor avantaje utilitare sau decizii favorabile, prin presiunea morală. *Domină* aici calculul conștient, nu disperarea. După cum sublinia încă Freud, "o sinucidere reușită este, adeseori, mai curând o tentativă care s-a ratat

în mod nefericit". La copii îndeosebi (și la persoanele copilăroase), sinuciderea îmbracă adesea aspectul unui joc necinstit și periculos. Numărul celor care comit o tentativă de sinucidere este, în Anglia, de opt ori mai mare decât cel al sinucigașilor; numai o mică parte din cei care tentează actul mor printr-o sinucidere reușită, ulterior. În general, ei au o lungă expectație de viață, ceea ce face ca acești "candidați la sinucidere" să reprezinte un procent non-neglijabil din populația unei țări.

În al doilea rând, ne interesează unele "tipuri bine conturate", în legătură cu situații patologice, bine definite. D. Duché deossebește (1964) sinuciderea melancolicului, sinuciderea schizofrenicului și cea a epilepticului. (În ce privește sinuciderea epilepticului, o importanță practică pare să aibă nu atât sinuciderea survenită în timpul unei crize sau a unei echivalențe, cât sinuciderea - *reacție-ripostă la boală*). Stările depresive *reacționale* la o boală incurabilă, la o dizgrație fizică nu sunt, în principiu, deosebite de cele care apar în legătură cu problemele sexuale, cu decepțiile sentimentale (în sensul cel mai larg al cuvântului), cu conflictele familiale sau de altă natură. Ceea ce se cere descifrat în asemenea reacții este *semnificația* pentru "psihologia persoanei" a gestului de suicid, *motivația sa profundă* (chiar abisală). Suicidul este adesea un gest de fugă din fața unor dificultăți aparent fără soluție (și în acest sens poate fi considerat ca o reacție de "apărare", lipsită de eficacitate reală). În situațiile intolerabile; sinucigașul recurge câteodată la sinuciderea-"pariu" (de exemplu, ingerează un drog în cantitate moderată; hazardul va decide dacă va supraviețui, fiind descoperit la timp, dându-i-se la timp îngrijirile necesare competente etc.). "Suicidul oblativ" este tentativa de a rezolva situația conflictuală printr-un soi de expiație (holocaust etc.). Sinuciderea este însă și o *manifestare de agresivitate*, îndreptată atât împotriva mediului (răzbunare), cât și împotriva propriei persoane, *în sens autopunitiv*. "Justificarea" operației de autoacuzare, autocondamnare și autoagresiune poate fi găsită în sentimente de culpabilitate *întemeiate* (eroare comisă, act imoral, neglijențe cu repercusiuni etc.). Adeseori însă, ele exprimă numai un *narcisism dezamăgit*. Propria ființă nu este, pur și simplu, la înălțimea așteptărilor, deziluzio-

nându-ne prin imperfecțiune psihică sau fizică, prin fragilitate somatică, prin incapacitatea de a face față la solicitări (sau la exigențele propriului ideal), prin boli dureroase sau dezgustătoare pe care le are de suportat. Psihanaliștii au insistat însă mai mult asupra agresivității care se întoarce împotriva subiectului identificat cu "obiectul libidinal" pierdut (Freud). Cu alte cuvinte, în locul urii - îndreptată împotriva *cauzei externe* a suferinței, sentiment interzis de cenzura morală (sau de o cenzură acționând în virtutea altui principiu axiologic) - apare autoacuzarea. Stekel consideră că orice tentativă de suicid este numai o expresie mascată a dorinței de homicid.

Fără a nega valabilitatea unor asemenea interpretări, limitate însă la *unele cazuri*, nu putem ignora și alte interpretări psihodinamice - cum este cea propusă de A. Adler (reacție de apărare sau de răzbunare, *supracompensând* un sentiment de *inferioritate*). În orice caz, se pare că există o tipospecificitate a reacțiilor afective în fața nereușitei sau a eșecului: unii indivizi reacționează prin mânie, învinovățind pe ceilalți, alții reacționează prin anxietate. După cum am mai menționat, pe plan psihosomatic tipul al doilea de reacție este mai puțin nociv mediului social, dar mai nociv sănătății proprii; el este cel care duce, *în extremis*, la sinucidere și nu la crimă. "Cotitura" de la sentimentele de autoacuzare la cele de acuzare este considerată, de către unii psihiatri (Wolpe, 1952), ca un semn favorabil de evoluție a psihonevrozelor. Se pare că la numeroase persoane umane, sentimentul de *culpabilitate* este extrem de ușor de deșteptat. Acestora, boala li se poate părea (dacă nu neapărat o *binemeritată* sancțiune, de origine imanentă sau transcendentă, cel puțin), o binevenită ocazie de a contribui la anihilarea propriei ființe, de exemplu prin nerespectarea indicațiilor terapeutice sau prin încălcarea interdicțiilor medicale formale. Dacă sinucigașul poate fi caracterizat drept omul care "își administrează moartea" (*il se donne la mort*, spune francezul) - bolnavul care se neglijează (premeditat sau prin resorturi subconștiente și inconștiente) *se lasă singur să moară*.

O parte dintre sinucideri sunt "mascate" de către cei care le comit sub aparența *accidentelor*.

Este interesant de amintit poziția lui Im. Kant. Acesta s-a declarat un adversar implacabil al sinuciderii; a considerat că disputa dintre eroism și lașitate, legată de problema sinuciderii, nu este o dezbatere morală, ci una de ordin psihologic. Pe de altă parte, citate dintr-un cunoscut scriitor italian contemporan (Pavese) ne pot arăta cât de multiplu interpretat este actul sinuciderii de către una și aceeași persoană (în speță, persoana autorului, care s-a sinucis în cele din urmă): "sinucigașii sunt ucigași timizi. Masochism în loc de sadism"; "stoicismul este sinuciderea"; "răspunsul este unul singur: sinuciderea"; "este nevoie de umilință, nu de orgoliu"; "de fapt, în marile perioade, te-ai simțit întotdeauna tentat să te sinucizi... Ideea sinuciderii era un protest al vieții. Că nu vrei să-ți mai mori moartea". Sinuciderea poate fi, așadar, eclipsă de sens, agresivitate, șantaj, act impulsiv, curaj, lașitate etc.

În aceeași ordine de idei, menționăm unele mărturisiri ale practicantilor *yoga* de înalt nivel, din India: stăpânirea progresivă a funcțiilor fiziologice este urmărită pentru a reuși performanța unei morți pregătite spiritual și autocontrolate - și nu a unei stingeri a vieții din cauze incidentale.

Este important să reținem că 60% dintre sinucigași sunt văzuți de un medic cel puțin odată în cele două luni care preced evenimentul fatal, pentru simptome neprecise (depresiune cu insomnie, comportare modificată, gânduri negre). Sinucigașii sunt "*des gens très malins*", ascunzându-și proiectele nefaste față de medic. Psihoterapia și psihofarmacologia sunt bineînțelese indicate - și se poate încerca și medicația homeopatică, foarte bogată în remedii psihotrope. În repertoriul lui Kant de găsesc 3 remedii de prim ordin, 22 remedii auxiliare și 43 remedii secundare, menționate după "modalitatea" imaginată (înnecare, spânzurare, prin cuțit, prin armă de foc, prin aruncare în gol, prin otrăvă), după prezența sau absența anxietății, după motivație etc.

O recomandare extrem de utilă este *amânarea* sinuciderii, conduită care permite depășirea unor momente critice. O recomandare similară este evitarea tentativei în condiții de oboseală sau de indispoziție accidentală. Instituirea (în unele orașe mari) a unor

consultații telefonice pentru cei în impas s-a dovedit eficace, cel ispitit de sinucidere găsind momentan un sprijin în altcineva, deși acesta nu este prezent în imediata sa apropiere și nu este cunoscut personal (sau tocmai de aceea).

Aspecte legate de vârstă

Atitudinea față de moarte se constituie și se schimbă în cursul evoluției individuale. Problema nu este bine studiată deoarece (Mary Williams) moartea a rămas un subiect *tabu* în culturile occidentale, omorul, genocidul și sinuciderea fiind singurele teme adâncite (sau permise?). Copilul începe prin a *nu ști* despre ea, apoi - pentru că nu o înțelege - o *neagă*. În a doua etapă, moartea este asimilată cu o boală lungă, cu o dispariție provizorie - deci este considerată sub semnul reversibilității. Încetul cu încetul, survine înțelegerea procesului biologic, reprezentarea bazată pe fapte sociale; ultimul element "realizat" fiind tocmai *irreversibilitatea*. O anchetă efectuată pe copii de 10-15 ani (Deshaies) a arătat că 93% dintre ei prezintă o netă repulsie (ideea de neant, de durere, de absență, de pedeapsă); într-un procent de 6% moarte le apare totuși ca deziderabilă, liniștitoare.

La cealaltă extremitate a vieții, cercetările au adus date contradictorii: întrebările provoacă anxietate. Se pare că educația (nivelul ridicat de cultură) reduce teama de moarte. Mai clare sunt răspunsurile care cercetează pregătirile concrete (testament, grijă pentru mormânt etc.), în vederea morții. Asemenea preocupări există la 76% dintre persoanele ce au depășit vârsta de 60 de ani. Oricum, moartea rămâne pentru tot cursul vieții o problemă importantă a omului (deși rareori îi centrează preocupările), iar atitudinea bătrânilor depinde de structura lor sufletească, de credințe, de tradiție - de modul de a o concepe (soră a somnului; prieten; expresie a mâniei sau a justiției divine; poartă a vieții sau "fel" al vieții, în sensul odihnei în lumea anorganică), de a o raporta personal sau apersonal, ca opoziție a vieții sau ca fază a ei, ca neant sau ca speranță. Moartea poate fi explicată sau divinizată; de obicei, astăzi, este depersonalizată, anodină și colectivă. Odată cu pierderea sentimentului religios, moartea a devenit mai

străină, mai puțin familiară - dar totodată și mai indiferentă. Trebuie să ținem seama nu numai de limitele *suportabilității* ideii de moarte, ci și ale capacității de a o *imagina*. Pregătirea pentru moarte este o sarcină a ceea ce Schulte numește "psihoterapie comunicativă".

De interes medical este nu numai atitudinea pacientului față de perspectiva *propriei morți*, ci și de atitudinea persoanelor față de *moartea altora*, în primul rând față de *moartea celor apropiați*. (G. Marcel scria: *te iubesc înseamnă tu nu trebuie să mori*.) Mijloace psihoterapeutice și psihofarmaceutice se cer folosite pentru protejarea rudelor, prietenilor, ambianței. Probleme speciale se ridică referitoare la moartea (sau la boala mortală) în sânul *familiei*. Sentimentalismul umanitarism curent este înclinat să acorde prioritate stărilor sufletești ale bolnavului, care ar dori să fie îngrijit de ai săi; nu trebuie să uităm însă că o boală gravă sau penibilă traumatizează sufletește (și obosește intens) tocmai pe cei apropiați. Se pun deci probleme de igienă psihică foarte complexe. Din educația morală a fiecăruia ar fi necesar să facă parte atât obișnuirea (resemnată) cu inevitabilitatea pierderii unor ființe dragi, cât și hotărârea de a nu pretinde sacrificiul altora (de obicei mai tineri), în numele infirmităților tale (aduse, în general, de vârstă).

Personalul medical și asistența muribunzilor

Ceea ce se înțelege sub verbul "a muri" poate fi considerat ca o "arie semnificativă a comportamentului uman" (M. A. Lieberman). Studiului interacțiunilor între pacienții muribunzi (sau care se apropie de moarte) și personalul de spital nu i s-a acordat însă o suficientă atenție. B. G. Glaser și A. L. Strauss au cercetat "tactica" optimă în relațiile cu pacienții, pentru a realiza un confort cât de mare al acestora - în funcție de certitudinea morții, de modul în care survine moartea și de "timpul" prezumtiv la care este așteptată. S-au deosebit patru atitudini bazale: atitudinea "închisă", cea de suspectare, cea de ascundere mutuală (fiecare dintre personajele dramei este conștient de adevăr dar își menține un "stil de interacțiune" din care celălalt să nu

poată deduce acest fapt) și atitudinea "deschisă". După autori, menținerea bănuielii printr-un anumit "ritual" în comportare, evitarea certitudinii - este un procedeu complex, debilitant și dezumanizant pentru toate părțile. În majoritatea cazurilor, rezultatul este mai bun prin contextul "deschis" decât prin cel "închis". Din mai multe puncte de vedere, contextele "închis" și "suspect" au în ele elemente care duc la eșecul lor final. Probabil că atitudinea nu este aceeași în *diferite* medii sociale, culturale, religioase. În Europa, se evită "să se vorbească de funie în casa spânzuratului", în timp ce în S.U.A. cunoștii tind să discute între ei, ca despre un fapt divers, evoluția bolilor necruțătoare de care suferă ("Ce-ți mai face cancerul?").

Problema se pune, firește, întrucâtva altfel dacă bolnavul este ținut în *mediul său familial*. Moartea unei persoane apropiate (unui "tu") nu poate fi considerată numai ca un *termen final al devenirii*. În afară de *pierderea* unui obiect de afecțiune, a unui sprijin moral și material etc., moartea acestui "tu" are o valoare emoțională deosebită și prin aceea că ne apare ca *moarte proprie*. Împăcarea cu soarta este favorizată aici de epuizarea fizică și morală a celor care îngrijesc bolnavul, iar ușurarea resimțită prin degrevarea de la sarcinile penibile și traumatizante deschide calea resemnării.

Probleme oarecum particulare le ridică pregătirea părinților (și chiar a copilului) în cazul în care copilul este bolnav de o boală incurabilă. Se pare că atitudinea cea mai bună este păstrarea unei raze de speranță (există remisiuni, terapeutică este în plin progres etc.) și folosirea tuturor mijloacelor medicamentoase și psihoterapeutice pentru a suprima toate simptomele penibile. Când moartea este iminentă, inevitabilul trebuie acceptat cu demnitate (eroismele "de ultim moment" trebuie evitate). Pentru *copil* este mai bine ca părinții să stea lângă dânsul până la *exitus*. Oricum, îngrijirea copilului ar trebui să fie numai o parte dintr-o "îngrijire totală" fizică și emoțională, care să includă și pe membrii familiei (S. Faber).

Într-o ordine de idei apropiată, menționăm că, printr-o atitudine plină de *tact*, se poate obține și permisiunea pentru necropsie (sau acceptarea ei). Necropsia poate fi prezentată ca ultima ocazie de a înțelege boala celui decedat, ca o "datorie" față de acesta și nu numai

ca o operație de cercetare a organelor pentru îmbunătățirea tratamentului altor cazuri similare, ca o "bună folosință" a morții ce nu a putut fi evitată, în folosul altora și al omenirii.

Eutanasia

Moartea este, pentru multe situații întâlnite curent în medicină, sfârșitul unei existențe dureroase. Avem "dreptul" să ucidem pentru a pune capăt durerilor? Problema, totodată subiect de înalte speculații filosofice, de axiologie, problemă de drept uman și de medicină legală, temă de lege morală și de doctrină religioasă, are "multiple fațete" și face să apară acea "legătură necesară a științelor despre care vorbea Diderot, acea fecundă colaborare a inteligențelor prin care ne eliberăm de îngustimea vederilor prea specializate și ne ferim de judecățile (prea mult) influențate de către spiritul profesional".

Termenul *eutanasia* are trei accepții principale:

a) *bonne mort douce et sans souffrance* (Littre). Este sensul pe care i l-a atribuit cel care a inventat termenul: Fr. Bacon, marele filosof englez, unul dintre întemeietorii gândirii moderne. Acesta preconiza ca fiecare artă și știință să contribuie la a face acceptabilă moartea. Scriind că "omul este incapabil să se bucure în chip sănătos de viață, dacă nu are idei senine despre moarte", el susține că o moarte "bună" nu poate fi obținută fără aportul esențial al educației și al filosofiei.

b) curmarea vieții "inutile" sau împovăraătoare (în acest sens eutanasia și-a dobândit o tristă și îngrozitoare reputație, fiind chiar arbitrar și dăunător conectată cu termenul de eugenie: uciderea deliberată a celor infirmi, fizic sau mental; a celor indezirabili din punct de vedere ereditar - disgenicii - sau rasial (ca în genocidul efectuat de regimul lui Hitler și de naziști în cel de al doilea război mondial);

c) curmarea vieții chinuite (*eutanasia* preferată *aneubiozei*) - singura care interesează direct pe medicul terapeut.

Forgue propunea distincția între *eutanasia naturală* (aceea în care, după expresia lui Dastre, nevoia morții apare la sfârșitul vieții,

tot astfel cum nevoia somnului vine la sfârșitul zilei) și *eutanasia artificială* (în care liniștirea minuterilor supreme este cerută substanțelor calmante sau narcotice ori altor mijloace). Trebuie să luăm în considerare condițiile variabile ale acestei eutanasii provocate, după cum boala însăși o realizează sau după cum medicul preia inițiativa și execuția ei sau după cum o terță persoană este complice. Eutanasia poate fi privită, pe de o parte, ca un complement al *eugenezei*, nașterea anestezică, indoloră (atât pentru mamă, cât și pentru făt). Tot Bacon se întreba dacă omul care se naște nu suferă mai mult - în momentul nașterii, decât omul care moare - în momentul morții, o problemă care a fost atinsă de noi și în alt paragraf. "Pentru cel care suferă incurabil, eutanasia este dreptul la *exeat*, la ieșirea din viață, îndulcită și ușurată prin mijloacele științei". (Forgue). Curmarea vieții chinuite se motivează, aici, în respectul pentru om (umanism, umanitarism, omenie) - în contradicție dialectică cu respectul pentru viață ("evlavia față de viață" preconizată de Albert Schweitzer). Intervin distorsionante, compasiunea, empatia și simpatia. În această categorie de conduite situăm crima prin compasiune, "altruistă" în fond (tema unui roman de Graham Greene) și sinuciderea eutanasică (din incapacitatea de a suporta orice fel de moarte sau o viață degradată prin boală, din milă dată de propria persoană).

Practica eutanasierei este mult mai veche decât cuvântul; o întâlnim la societăți vechi sau primitive. Se spune că vechii germani îi ucidau pe bolnavii cronici; în Birmania, un incurabil considera că este obligat să se spânzure; după Amundsen, eschimoșii practicau suicidul când durerile deveneau insuportabile; în unele părți ale Indiei, bolnavul ce nu se mai putea vindeca era condus de familie pe malul Gangelui și - cu nasul și gura umplute cu mătase sfânt - era aruncat în fluviu, "Dar, în general, această eutanasia a popoarelor primitive răspundea unei idei economice și alimentare; ea rezulta din raritatea hranei și din suprimarea necesară a gurilor inutile: era o *chestiune de stomac*. Eutanasia modernă este de ordin sentimental: este o *chestiune de nervi*; iar indicația dominantă este suprimarea durerii. Cu toate acestea, între germanul barbar îngropând de viu pe bătrânul incurabil și civilizatul *dernier-cri*, oferind celui care vrea să fugă de o agonie

dureroasă... aparatul în stil modern, distribuitor automat al morții prin narcoză, nu există o diferență de vină: culpabilitatea constă în faptul că o *Iuam* înaintea destinului, curmând voluntar o viață omenească” (Forgue). În vechea Marsilie (după relatările lui Valerius Maximus), oricine putea aduce în fața senatului motive temeinice care îl făceau să-și dorească moartea putea obține *dreptul* de a folosi o bătură de cucută. (Legenda spune că autorizația oficială putea fi acordată și celor care se simțeau fericiți și care se temeau ca norocul să nu-i părăsească. În fond, și *moartea de bucurie* - sau în culmea fericirii - este o eutanasiu).

În 1516, Thomas Morus publică *Utopia*: din republica sa ideală și imaginară, umanistul englez dorea să izgonească durerea. Bolnavilor incurabili, cu boli pestilențiale, cu dureri continue și înspăimântătoare, preoții și magistrații le vor da sfatul de a “fugi din viață ca dintr-o închisoare” sau de “a se lăsa eliberați de alții”. În *Utopia*, omului îi era interzis să se ucidă fără permisiunea consilierilor (autorității), dar sinuciderea la sfatul autorității era considerată ca o comportare virtuoasă. Nu întâmplător, în țara care l-a produs pe Th. Morus, și în general în țările anglo-saxone, legislația morții anticipate (conform cu certificatul de incurabilitate) a avut onoarea să fie examinată în concret și de către legislatori. Prin contrast, “spiritul latin, de o veselie sfântă, îndrăgind lumina și acțiunea, iubește viața și și-o dispută până în ultimul minut”. În Franța, proiectele de eutanasiu nu au găsit ecou. (Este de amintit și încercarea neizbutită a lui Nobel - inventatorul dinamitei - de a crea la Roma și la Milano stabilimente de eutanasiu, ca stabilimente *filantropice*).

În schimb - ca reînvieri ale unor atavisme (?) - ele au găsit ecou în Germania, unde încă în primele decenii ale secolului nostru s-a mers mult mai departe decât în intențiile lui Morus și Bacon. Binding a cerut “licența de a distruge viețile care sunt lipsite de valoare biologică”, iar Borckhardt a susținut dreptul statului de a face să dispară idioții incurabili. Preferăm să nu insistăm asupra ororilor naziste.

Eutanasia a fost, între timp, nu numai direct obiect de discuții juridice și de reportaje ziaristice senzaționale, ci - mai ales - temă

literară: pentru povestiri de anticipație (H. G. Wells, Benson, Ald. Huxley, A. Maurois); b). pentru romane (care - după Forgue - exagerau latura sentimentală a problemei); c). pentru teatru (care - după același autor - exagera latura sa tragică). R. Berton a vorbit, într-o piesă, despre “dreptul de a ucide”, iar M. Maeterlinck - de necesitatea unei “*mile mai îndrăznețe*”.

Oponenții la eutanasiu au, mai întâi, argumente axiologice. Caracterul sacru al vieții umane și limitarea indispensabilă a drepturilor noastre asupra ei sunt principii directoare ale oricărei activități omenești. Este adevărat că “prețul vieții” și-a pierdut valoarea absolută în urma înspăimântătoarelor distrugeri de vieți omenești din ultimele războaie; de asemenea, el a fost zdruncinat sub influența conjugată a exaltării individualismului, a indulgenței pentru crimele pasionale (cel puțin - ca fenomen literar), a slăbirii ideilor religioase, a filosofiei orgolioase care vede în om arbitrul destinului său etc. Forgue ne pune în gardă împotriva acelei variante de umanitarism care nu tolerează suferința; chirurgul francez își exprimă toată simpatia pentru “sufletele tari care luptă împotriva marilor nefericiri și împotriva marilor dureri”.

Din punct de vedere medical, E. Forgue găsește două obiecții puternice la folosirea sistematică a “loviturii de grație” de către medic: *failibilitatea diagnosticului și mai ales a prognosticului; posibilitatea de vindecare în cazuri aparent incurabile*. Trebuie să avem în vedere, firește, progresul continuu al medicinei, care (în ultimele decenii) merge accelerându-se. Pliniu scria că nu există decât trei (feluri de) boli în care medicina ar avea dreptul de a curma, odată cu viața, suferințele bolnavului: calculii vezicali, “marea durere la stomac” (ulcerul) și nevralgiile trigeminale. Astăzi, aceste trei boli pot fi stăpânite ușor de medicină; medicina stăpânește de asemenea numeroase alte boli care până acum câteva decenii erau condamnare sigură la moarte, la suferință, la descompunere (unele cancere, meningita tuberculoasă, etc.).

După părerea noastră, trebuie să facem o deosebire între prognosticul îndepărtat și cel apropiat; între *sensul* de desfășurare al procesului morbid și posibilitățile de a îmbunătăți starea prezentă.

Diagnosticul de boală incurabilă nu înseamnă întreruperea *imediată* a vieții active sau a vieții care aduce satisfacții; *prelungirea* vieții este o misiune tot atât de nobilă ca și *vindecarea* bolii - dar, de obicei, îndeplinirea ei este *practic* mai dificilă. O anumită mentalitate *scientistă* face pe unii medici să nu acorde suficientă atenție cazurilor incurabile dar parțial recuperabile prin măsuri care realizează (temporar sau pe perioade lungi) o "sănătate" aparentă, fie ea și *condiționată* de luarea de măsuri, uneori costisitoare și complicate. Aceeași mentalitate face pe unii medici să prevadă prognosticuri exclusiv după datele statistice oficiale, stabilite în condiții de tratament mai mult sau mai puțin standardizate, ignorând evoluțiile aberante (care pot fi favorabile), eficacitatea posibilă a unor tratamente "neconvenționale" și chiar a intervențiilor psihoterapice excepționale (vindecările zise "miraculoase"). A lăsa pe bolnav pradă destinului său nefericit, a-l "lăsa să moară" în asemenea *condiții* este a proceda *aneutanasic*, a avea o atitudine mult mai reprobabilă, din punct de vedere etic, decât *eutanasia*.

Este oare o *cruzime*, aceea de a *releva bolnavului situația sa iremediabilă*? Forgue o consideră mai mult decât o cruzime - o lipsă de datorie: "suntem cei care legănăm veșnic suferința umană și, până la sfârșit, trebuie să întreținem speranța". Spre deosebire însă de Forgue, care ca și Thoma de Aquino - "preferă un sentiment consolant, unui adevăr care luminează", sau - ca și Victor Hugo - preferă *ignoranța*, speranței - credem că speranța nu se întemeiază numai pe o "iluzie întreținută caritabil" și nu are numai funcție consolatoare. Starea de speranță și de încredere face parte din mecanismele de luptă împotriva bolii, de rezistență, de vindecare. Datoria medicului este să lupte atât timp cât rămâne o speranță (*dum spiro, spero*); dar, adeseori (după cum insistăm în multe ocazii) omul (și mai ales bolnavul) poate "respira" numai atâta timp cât speră. Datoria medicului este să întrețină în bolnav lupta acestuia cu moartea. Citând pe Goethe, care spunea că "murim, numai dacă vrem să murim", G. Barbarin comentează: "în realitate, lupta cu moartea este numai o luptă cu tine însuți. Atât timp cât nu consimțim și nu capitulăm, moartea nu poate fi victorioasă". Autorul citează fraza lui Marcello Fabri: "de îndată ce mi s-a stabilit diagnosticul în conformitate cu care trebuia să mor, m-am decis să trăiesc". În această ordine de idei, J. Lange (1930) atrăsese

atenția asupra faptului că ritualurile anumitor religii, în care moartea este privită ca o *mântuire*, demobilizează bolnavul; ele sunt, în multiple sensuri - "tehnici" de eutanasiu.

Rolul pe care îl atribuim *atitudinii față de moarte* este oare exagerat?

Datoria noastră este să luptăm, datoria noastră este să conservăm, acesta a fost răspunsul lui Desgenettes dau lui Bonaparte, care îi cerea să otrăvească pestiferajii inevitabili din Jaffa, ceea ce era - la drept vorbind - eutanasiu în serie... Medicul poate interveni - nu anticipând moartea, ci - cel mult - scurtând și atenuând agonia. Dar, oare, resursele care îi mai rămân medicului (neputincios să mai conserve) sunt numai *opium* și *mentiri*?

Forțele morale nu se reduc la forța de autoiluzionare. Pragul morții poate fi trecut mai ușor prin sentimente atât de variate cum sunt satisfacția datoriei împlinite, dorința de a te sacrifica pentru o cauză mare, sesizarea armoniilor lirice sau muzicale. Sufletele puternice știu nu numai să "privească moartea în față" (cum spunea mareșalul Ney), ci să se detașeze de punctul de vedere egocentric. Există un eroism al curajului și un eroism al acestei desprinderi de tine-însuși de care au dat dovadă numeroși *medici-pacienți* în ultimele lor momente de viață (Grotjahn). La unii dintre ei, luciditatea profesională s-a menținut până la *exitus* și totuși au știut să moară liniștiți. Mai mult, curiozitatea științifică i-a făcut pe unii să dea dispoziții detaliate pentru studierea anatopatologică a propriului corp (devenind chiar și coautori postumi ai unor lucrări anatomoclinice care îi privea). O asemenea detașare poate fi favorizată de cultura înaltă, dar ea se poate observa și la oameni simpli, din popor. Personajul Mihai Vlasov din romanul *Mama* de Maxim Gorki se îmbolnăvește grav; femeia sa îl roagă să se lase operat pentru a se face bine. El însă refuză și o amenință strângând pumnii: "dacă mă fac bine, o să fie și mai rău de pielea ta".

În sfârșit, mai există obiecții de altă natură împotriva practicării eutanasiei de către medici. Una este teama de abuzuri. Alta este admirabil exprimată de Ed. Pamfil (psihiatru și poet): "Suferința omenească ar deveni o panică teroară, când întâlnirea cu medicul ar cuprinde o probabilitate de omorâre, fie ea oricădă de eutanasiu". Și, mai departe: "În ceața preistoriei, vindecătorul era socotit capabil de miracolul resurecției, dar neinvestit de dreptul suprimării".

Expresia ca mijloc de cercetare clinică

Introducere

Termenul "a exprima" este curent folosit, dar *relația de exprimare* este încă rău definită, cu toate că s-a constituit, în secolul nostru, o adevărată știință a expresiei (*Ausdruckskunde*, Klages). Între "exprimantul A" și "exprimatul B" există o relație întrucâtva deosebită de relația cauzală. Expresia (care se referă la un aspect caracteristic al dinamismului vieții) se îndreaptă spre exterior (în sensul că "exteriorizează"), se adresează cuiva – deși acest cineva poate fi un spectator sau un receptor *virtual*. Nu trebuie să neglijăm deci *valoarea informativă* pe care o are expresia (și tocmai această valoare o face interesantă pentru psihologia medicinei). Ușual atribuim calitate de *expresie* la ceea ce este – nu numai perceptibil, dar și direct inteligibil de către o altă persoană. De aceea expresia "ține" de coexistență, de schimb, de interacțiune între semenii. Termenii A și B admit un "joc", au o anumită autonomie reciprocă - de unde posibilitățile *măștilor* și a *teatrului* (nu numai în sens artistic, ci și în sensul lui "a juca teatru în viața de fiecare zi"). De multe ori "jucăm roluri" impuse sau "jucăm propriul nostru ideal" (Klages). Ceea ce se exprimă poate fi o stare momentană sau un fond permanent. O stare momentană este, de exemplu, emoția; fondul permanent îl reprezintă temperamentul și caracterul; studiul expresiei face parte, astfel, și din diagnosticul personalității.

După Allport, se poate stabili o opoziție între *comportamentul de luptă* (respectiv *adaptativ*) și cel *expresiv*. Cel de luptă are o

motivare specifică, poate fi determinat de nevoile momentului și ale situației, este provocat, poate fi controlat, este conștient, duce de obicei la modificarea mediului (sau la schimbări de mediu). Comportamentul expresiv reflectă o structură mai adâncă și mai permanentă a persoanei, este spontan și subconștient; efectele sale sunt mai ales incidentale etc. În fiecare act uman există o proporție variabilă de activitate de luptă/adaptare și de activitate de expresie. După Klages, prima ține de "spirit", cealaltă de "suflet".

Cercetarea *științifică* analitică a reușit să clarifice în parte sectorul expresiei emoțiilor și - în general - al expresiei prin mișcare (pantomimică). Orice regiune mobilă a corpului este expresivă, fie că este în repaus, fie că este în mișcare. Cât privește expresivitatea *forme* și a *structurilor*, suntem limitați, încă, la interpretări pe baze empiric-intuitive (fiziognomonice).

Cercetarea (panto) mimicii trebuie să țină seama de intervenția factorilor sociali în programarea, în modelarea și în controlul expresiei emoționale. Multe gesturi au valoare descriptivă, simbolică sau convențională. Există mari diferențe individuale în ce privește spontaneitatea expresiei, gradul ei de socializare, *nevoia* de exprimare, *gradul* de expresivitate, forma de expresie etc.; lumea expresiei este o "lume a nuanțelor" (Minkowski).

În sfera manifestărilor expresive intră faciesul, mimica, ținuta corporală, mersul, gesturile, vocea, scrisul etc. S-au descris până la 1.000 (!) de poziții statice semnificative diferite (E.W. Strauss, 1952; G.W. Hewes, 1955); expresie este și poziția în somn (Adler, 1927; H. Johnson, T. Swan și G. Wiergard, 1930). Semnificația psihanalitică a posturii a fost analizată de F. Deutsch (1947). H. Bogen și O. Lipmann au publicat (1931) o lucrare intitulată *Mers și caracter*. Cercetări bazate pe înregistrări automate, în această direcție, au fost efectuate de V. Enătescu (1980). Încă din 1942 F. Sanford a arătat că, prin analiza vocii, se poate diagnostica caracterul. În cadrul expresiei figurii - "centrul de greutate" este adeseori pus pe *privire*. După

* V. Enătescu a constatat (prin mijloace obiective) valoarea examinării gesticulației mâinilor, în diagnosticul psihiatric (1982). Expresivitatea mimicii a fost cercetată în lucrările de anatomie artistică a prof. dr. Gh. Ghițescu (1970).

părerea unor autori (la care ne raliem și noi), manifestările artistice reprezintă de asemenea o importanță cale de a stabili diagnosticul persoanei și diagnosticul "de stare" (normală sau patologică). În felul acesta, se stabilește o punte între studiul individual, *personalistic*, al expresiei și anumite capitole din istoria și teoria culturii (care se ocupă cu ceea ce Dilthey a numit *valori expresive*). O noțiune centrală și care conectează aceste două mari domenii este aceea de *simbol*, de *expresie simbolică* (Cassirer). *Expresia simbolică* este "calul de bătaie" al psihanalizei clasice. O încercare de a lega psihanaliza de istoria culturii - tocmai pe linia expresiei simbolice - o reprezintă, în esență, opera cunoscutului "psihanalist disident" C.G. Jung.

Allport enumeră studiul expresiei ca pe *una* dintre cele 11 metode bazale de a cerceta personalitatea. Configurația comportamentului expresiv este numită de acest autor - *stil*. Cercetarea stilistică se ocupă de *maniera* în care se desfășoară un act (cum?), și nu de *natura* actului (ce?). Încă W. Stern (1932) a atras atenția asupra primejdiilor la care ne expune folosirea metodelor *monosimptomatice* în psihodiagnoză (de exemplu, limitarea la grafologie). Am sublinia și necesitatea unui studiu prelungit în timp. Este adevărat că există o "consistență în timp" a mișcărilor expresive, ca și o congruență între diferite manifestări expresive (ca între facies, grafologie și voce etc.). Dar congruența este numai parțială; între diferitele aspecte există numai o corelație statistică (Yule, 1944; Doob, 1958), și nu o legătură rigidă. În psihologia contemporană, se vorbește despre slaba corelație *trans-situațională* între rezultatele testelor.

Se pare că femeile sunt superioare bărbaților în ce privește interpretarea *intuitivă* a comportamentului expresiv. Faptul poate fi explicat prin însemnătatea deosebită a relațiilor personale în viața femeilor (Allport).

Ca *alterări ale expresiei*, Minkowski citează: 1. tulburări ale mimicii; 2. pseudoexpresii (fenomene fără semnificație explorabilă, fără context coerent - ca în râsul și plânsul pseudobulbar); 3. afecțiunea (supraîncălcarea inutilă, surplus artificial); 4. manierismul (în care mijloacelor de expresie le lipsește simplitatea și naturalitatea); 5. teatralismul (în care autenticitatea este dubioasă - dominând

facticele); 6. verbalismul. Cu toate aceste alterări vine în contact medicul - nu numai în clinica psihiatrică, ci și în orice cabinet de consultații sau la patul bolnavului.

Fața

Încercările de a sistematiza *fiziognomica* se împart, după scopul lor, în:

a) tentative referitoare la expresia emoțiilor. Medicul cunoaște, desigur, expresia unor stări ca: greața, spaima, enervarea, resemnarea, "melancolia", ura, batjocura, disprețul, sfidarea etc. De asemenea, este caracteristică mimica legată de durerea (stăpânită sau nu) din cefalee, dispnee, angor, gastralgii, colică renală etc.;

b) tentative semeiologice (faciesul ca element de diagnostic și de prognostic); există faciesuri patognomonice;

c) tentative referitoare la cunoașterea constituției, temperamentului și a caracterului;

d) tentative privitoare la destin (*metoposcopia* lui G. Cardano, în sec. al XVI-lea).

Cercetări și teorii, ca cele psihiatrice ale lui Magnan și cele crimonologice ale lui Lombroso (sec. XIX) sau ca cele psihanalitice ale lui Szondi (ca și cele de tipologie astrologică), se înscriu simultan la ultimele două rubrici. Magnan a insistat asupra așa-numitelor "semne de degenerare", care ar fi prezente cu o mai mare frecvență la nebuni și (Lombroso) la criminali. Lombroso a publicat *atlase fotografice* de criminali și de prostituate.

Frenologia lui Franz Joseph Gall (1758-1828) se baza pe postularea unor localizări topografice cerebrale ale instinctelor (forțe fundamentale) și ale atributelor mentale generale (intelect, voință, atenție etc.). Dezvoltarea acestor facultăți ar fi legată de dezvoltarea preferențială a unor zone cerebrale și acest fapt se poate citi pe forma craniului ("bosa" inteligenței etc.). După Gall, creierul nu este sediul "sufletului", ci sediul manifestărilor conștiinței, normale sau patologice (*sedes morbi*). Pentru că există deformări patologice ale craniului (în

rahitism, de exemplu), acestea trebuie bine cunoscute de către cel care dorește să tragă concluzii asupra minții, din examinarea capului.

Ce indicații ne poate da, *pentru psihologie, morfologia feței*?

A) E. Fougerat, într-o încercare de a sistematiza un imens material documentar și păstrat prin tradiție, împarte fețele umane în 6 tipuri mari:

1. *Tipul pătrat* era așezat de către greci sub influența lui Marte, zeul războiului; calitatea psihologică corespunzătoare este energia, voința de a realiza, activitatea fizică (caracterul autoritar). Tipul are corespondențe cu tipul muscular al lui Sigaud și cu tipul sangvinic activ. Victor Hugo, Beethoven, R. Wagner "aparțin" tipului pătrat. Mulți dintre pătrați" sunt orgolioși și devin avari odată cu înaintarea în vârstă.

2. *Rectangularul* era legat, în tradiția elenă, de influența lui Jupiter și a soarelui. Este temperamentul "cald și uscat", care are nevoie de activitate și de dominare, dar este mai "teoretic" și arată mai puțină forță în realizarea ideilor. Ca exemple sunt citați Dante, Voltaire, Boileau, Bonaparte, Thiérs.

3. Cei cu *fața lungă* erau denumiți altădată atrabiliari sau saturnieni bilioși sau nervosobilioși, Sunt hipersensibili, pesimiști, meditativi. Ca exemple se citează Descartes, Racine, Chateaubriand, Brany, A. France, G.B. Shaw.

4. *Triangularul* este un "lung" la care volumul capului spre tâmpile domină maxilarele. Dominați de travaliul cerebral, sunt mai îndrăzneți, mai originali, mai fantastici, mai himerici sau mai aventuroși. Misticii se întâlnesc mai ales printre "triunghiulari" (au dragoste pentru miraculos) (Francisc de Assisi, Calvin). Dar printre ei se întâlnesc și filosofi (Kant), muzicieni (Chopin), pictori (Delacroix), oameni de știință (D'Arsonval, Piccard), chiar diplomați (Talleyrand). Trebuie notată instabilitatea triunghiularilor. Cei "scurți" sunt agitați de aceleași forțe imaginative, dar sunt mai realiști (Richelieu, M. Barrès).

5. *Tipul rotund* era clasat la cei vechi printre temperamentele calde sau aeriene; este un "lunar", un sanguinic, un digestiv. Cei

rotunzi și grași sunt veseli, optimiști, cu reacții prompte, cu supărări trecătoare.

6. *Ovalul* este "venusianul" plin de farmec, preferat de Rafael pentru personajele feminine. Are înclinații artistice și un caracter "diplomatic". Temperamentul este limfatic, rezistența fizică redusă; este mai curând pasiv și hipoactiv.

B) L. Corman și-a integrat ideile sale fiziognomice într-o concepție dinamică, biotipologică, asupra formelor vii. Orice ființă vie este o *tendință*. Corman propune 5 "legi fundamentale", și anume:

a) legea de expansiune - retracție (care permite să deosebim tipologic pe *dilatați de retractați*);

b) legea de stenie - astenie (în conformitate cu care se deosebesc tendințe active "virile", ducând la tipuri pasionate, și tendințe pasive "feminine", ducând la tipuri tandre);

c) legea sensibilității (de care se leagă reluarea opoziției tradiționale între "mercurian" și "teluric" și, deci, a polarității: tip fin - tip greoi sau grosolan);

d) legea expansiunii electiv exteriorizată prin zona predominantă a feței; de sus în jos găsim zone care exprimă predominanță cerebrală, afectivă, instinctivă;

e) legea celor două fețe: marea față este cadrul structural, în timp ce *mica față* reunește zonele senzoriale și de import (gură, nas, ochi). Deosebim, în concordanță cu această împărțire, tipul reactiv (și concentrat în "mica față") și tipul dispersat.

În rezumat, se poate spune că fața este un *index de valori psihice*.

C). După N. Pârvu, fața prezintă două centre, două focare de convergență a mișcărilor expresive: *ochii* și *gura*. Ochiul trebuie privit în mișcare și caracterizat după mobilitate (privire obosită, vie, fermă, blândă, rățăcită, neliștită etc.) și după direcție (ascunsă, pedantă, visătoare). Despre ochi, ca organ de expresie, a scris și G. Davidescu (1965).

Expresia gurii se leagă în mare măsură de *zâmbet*. Zâmbetul este un semn psihodiagnostic de mare valoare, dacă adăugăm ca termen în procesul de cunoaștere fizionomică și *zâmbetul față de situație* (expri-

mând deci o atitudine). Printre nuanțele interesante pentru medic cităm: zâmbetul dulce (surâsul, adeseori intențional – tinzând la captarea bunăvoinței și, eventual, la derutarea prin “fermecare”); zâmbetul blând, amar, “înțepat”, disprețuitor, ironic și de “gură-cască”.

Zâmbetul nu este numai expresie facială. Râsul este o combinație de expresie facială și de voce care, prin partea sa de expresie facială, este puțin semnificativ.

După N. Pîrnu, fața exprimă: 1. emoții înnăscute, primare (dezgust, groază, teamă, simpatie, tristețe, plăcere etc.), legate de trebuințe sau instincte; 2. emoții secundare, câștigate, mai complexe (abandonarea, dezolarea, îngrijorarea, duioșia, speranța, pudoarea, rușinea, suferința etc.); 3. însușiri constitutive ale temperamentului – mai ales iritabilitatea și emotivitatea; 4. starea de “nebulie” în contradicție cu cea normală; 5. trăsături morale de caracter. Categoria socială, preocupările de fiecare zi, profesia – creează standarde de expresie; în această ordine de idei vorbim de “figură” de artist, de comerciant, de bărbier și – poate – chiar de medic.

*

În medicina clasică, se deosebesc unele înfățișări tipice ale figurii, indicatoare de diagnostic sau de pronostic.

- *Facies hippocratica*, caracteristică pentru apropierea morții. Nasul este ascuțit, ochii înfundați, tâmpile scobite, urechile reci și căzute; pielea frunții are aspect de pergament și este uscată; pielea feței este palidă sau plumburie.

- *Facies abdominalis*, în peritonite.

- *Facies colerica*, cu trăsături ascuțite.

- *Facies leonina*, în lepră, cu îngroșări ale pielii, infiltrată mai ales în jurul ochilor.

- *Facies myopathica*, (*facies de sphynx*), ca o mască.

- *Facies ovariana*, în chisturile maligne de ovar, cu ieșirea în evidență a pomeților, bombarea frunții, rețracția aripilor nasului.

- *Facies rachitica*, cu adâncirea fosei canine și atrofia maxilarului superior.

- *Facies choreatica* etc.

Sunt cunoscute modificările fiziognomice în unele boli cardiovasculare – cum ar fi paloarea în stenoza mitrală, roșeața și cianoza în insuficiența mitrală etc. Fervers a prezentat în detalii faciesul din: anemia pernicioasă, leucemie, diabet, cancere, astm cardiac, fracturi, asistolie, acromegalie, boala Basedow, icter, febră înaltă, tuberculoză pulmonară, isterie și din unele psihoze.

Ochiul are, de milenii, o valoare de simbol multivalent. El este, cum menționam, un organ de expresie; este veche credința după care poate fi și un organ emițător (“privirea rea”, aducătoare de boli sau nenorocire). La Paracelsus (și recent la Beer), ochiul este considerat un “microcosm”. În această ordine de idei, amintim *iridodiagnosticul*, propus în secolul al XIX-lea de I. Peczel și C. Huter și “redescoperit” de Vida (1954).

Râsul și plânsul *

În acest paragraf nu ne interesează nici geneză psihologică a râsului (comicul), nici valoarea sa pozitivă sau negativă asupra sănătății, bolilor, moravurilor. Pentru H. Bergson, râsul este provocat de situații în care găsim *du mécanique plaqué sur le vivant*. Râsul este și o descărcare nervoasă bruscă. Putem vorbi desigur de o fiziologie a râsului (cum o arată alterările sale patologice în sindromul pseudo-bulbar) și chiar de o *biochimie* a râsului (cum o arată efectele protoxidului de azot, “gaz hilarant” – și chiar ale alcoolului în doze moderate). Râsul poate fi considerat ca “tonic și toxic”. Dictonul *ridendo castigat mores* este bine cunoscut. Se spune însă și “a murit de râs”, ceea ce corespunde unei realități – la cardiaci sau hipertensivi (tatăl lui Beuamarchais a murit ascultând lectura peisei *Nunta lui Figaro*). Una dintre cele mai subtile analize psihologice a râsului o datorăm lui Dostoievski. Să-l ascultăm: “de cele mai multe ori râsul dă în vileag o anumită trivialitate, îl micșorează pe om, deși cel care râde nu-și dă

* Valoarea lor semiologică a fost sistematizată, cu multă acuratețe, de A. Păunescu-Podeanu (1981), în *Bazele clinice pentru practica medicală*, vol. I.

aproape niciodată seama de impresia pe care o produce... Majoritatea covârșitoare a oamenilor nici nu știu să râdă. Dealtfel, râsul nu se învață; e un dar înăscut pe care nu-l dobândești. Tot ce poți face în această privință e să te educi, să-ți desăvârșești caracterul, să-ți învingi pomirile rele, numai astfel s-ar putea ca și râsul tău să devină mai frumos. Unii oameni, atunci când râd, își dau arama pe față și într-o clipă descoperi ce zace în sufletul lor. Chiar și un râs foarte inteligent poate fi uneori respingător. Râsul presupune în primul rând sinceritate, dar câți oameni sunt sinceri? Râsul presupune întâi și întâi bunătate, dar de cele mai multe ori oamenii râd cu răutate. Un râs sincer și plin de bunătate înseamnă veselie, dar în veacul nostru (sec. al XIX-lea, *n.n.*) unde mai găsești veselie adevărată, câți oameni mai știu să fie cu adevărat veseli?". Mai departe: "Numai un om foarte evoluat, care a ajuns la o mare armonie interioară, este în stare de o veselie contagioasă, mai bine-zis senină și totodată irezistibilă". Și, după ce autorul atrage atenția asupra unor note simptomatice (pentru caracter) care se dezvăluie în râs, conchide: "dinadins am făcut această lungă digresiune despre râs, fiindcă concluziile mele în privința aceasta fac parte dintre cele mai serioase învățăminte pe care le-am tras din experiența vieții".

Plânsul, în schimb - cu care medicul se întâlnește mai des - se învață mai ușor, poate fi mimat, are un important coeficient de convenționalitate. Dacă lacrimile exprimă suferința și tristețea, iar hohotele de plâns sunt o descărcare spasmodică a tensiunii nervoase, nu este mai puțin adevărat că plânsul poate fi autoprovoacat prin imaginație și - uneori - după exercițiu, la simplă comandă. Plânsul înseamnă, între altele, o chemare la compasiune și la ajutor (cf. la copii) și este o armă de influențare a celui puternic de către cel slab. Diferența dintre sexe (și după vârstă) referitoare la ușurința cu care plângem ține nu numai de capacitatea de autodominare, dar și de uzanțele sociale, care permit sau care pretind lacrimi în anumite situații.

* F. M. Dostoievski, *Adolescentul*, Ed. pentru Literatură Universală, București, 1961, p. 377-378.

Rothschuh acceptă ipoteza după care, la copilul mic, *șipetele* ar determina uscarea mucoasei nazofaringiene cu dispariția lizozimului protector față de unele infecții; plânsul ar începe prin a fi o "reacție profilactică" (lacrimile sunt bogate în lizozim).

Mâna

Pentru unii autori, însemnătatea practică a examinării mâinii pentru diagnosticarea bolilor este dublată de importanța ei pentru cunoașterea diagnosticului și identificarea persoanei umane.

La prima vedere, mâna ne poate prezenta boli ale pielii, stigmatice profesionale, traumatisme, deformări (reumatism, gută, retracția aponevrozei, degete hipocratice, osteoartropatie hipertrofantă pneumatică, *spina ventosa*, lepră, siringomielie), atitudini patologice (*grife*, *mains bottes*), tremurături caracteristice; modificările reflectă uneori tulburări generale (în icter, anemie, boli circulatorii, boala lui Addison, xantodermie etc.) sau bătrânețea. *Chirurgia* mâinii este delicată și importantă, având în vedere rolul multiplu al mâinii în viața cotidiană. De *patologie* ține și fetișismul mâinii.

Chirolgia este studiul mâinii (Huisman).

Chirognomia se ocupă de fizionomia (aspectul) ei, pentru cunoașterea persoanei. *Chiromanția* se folosește de detaliile morfologice pentru a "ghici", chipurile, viitorul.

Dactiloscopia este folosirea amprentelor digitale (și, în general, a *dermatoglifelor* digitale, palmare și plantare) în scopuri administrative, polițienești, criminalistice și științifice. Ampretele digitale au fost utilizate, pe scară întinsă, mai întâi de J. W. Herschell în administrația Indiilor; ele au fost studiate științific, sistematic, de către Purkinje (1823), apoi de către Galton (1888) și au fost extinse de către Bertillon ș.a. În vechiul Extrem Orient, ampretele serveau drept sigiliu. Ampretele rămân identice calitativ în cursul întregii vieți (lucru de mare importanță în medicina legală). În ultima vreme, dermatoglifyle sunt folosite în cercetări de genetică umană, de antropologie, de patologie dezvoltării și a sexualizării.

Încă Anaxagora susținea că omul își datorește superioritatea folosirii mâinilor și menționa utilizarea examenului mâinii pentru cunoașterea caracterului uman. Aristotel scria că mâna este "instrumentul (unealta) care înlocuiește toate instrumentele (unelte)", dar admitea că omul "are mâini pentru că este inteligent" și le poate folosi (deci că mâinile sunt un fel de dar al naturii, pentru a-și pune în valoare inteligența; astăzi știm că folosirea mâinii a dezvoltat inteligența). Aristotel, apoi Galen, s-au ocupat de semnificația multor detalii ale mâinii. În Biblie (cartea lui Iov) stă scris că "Dumnezeu a pus semne în mâna tuturor, pentru ca fiecare să se poată cunoaște". În Kabală se învață că mâna este microcosmosul sintetic al evoluției umane, un "rezultat al tuturor rezultatelor".

După *chirognomonie* (care trebuie considerată ca o sinteză a observațiilor empirice mult milenare), palma exprimă facultățile intelectuale și morale, în timp ce degetele ar exprima temperamentul. După D'Arpentigny (1843) și Desbarolles, întâlnim 7 tipuri fundamentale de mână: mâna *elementară*; mâna *necesară* (a omului practic; cu policele mare și în formă de spatulă sau de lopată), mâna *artistică* (efilată, conică), mâna *utilă* (unghiulară sau pătrată: mâna unui funcționar), mâna *filosofică* (noduroasă), mâna *"psihică"* (sau ascuțită: a lui V. Hugo, G. Sand, Lamartine, Milton, De Vigny), mâna *mixtă*. Policele ar fi "simbolul voinței raționale" (police mare aveau Voltaire și Napoleon). Din punct de vedere antropobiologic, opozabilitatea policei are o deosebită semnificație. Se remarcă, la om, o mare dezvoltare a mușchiului flexor propriu al policei (care pare a fi "cel mai psihic dintre mușchii mâinii", Vaschide). C.G. Carus (1846) descrie *patru tipuri*: mâna elementară (a lui Sancho Panza), mâna motrice (a lui Marius), mâna sensibilă (a lui Tasso), mâna psihică (din reprezentările picturale ale lui Isus).

Deși un *canon artistic al mâinii* a fost cunoscut încă de către vechii egipteni, perfecționat de Polycet și de romani, refăcut de Leonardo și Dürer – *mâna* nu este un element căruia i s-a dat atenție în artele plastice, până la operele școlii flamande. Psihologia persoanei poate fi însă "evocată" pornind de la mâini (cel puțin pe tărâm artistic).

Înainte de Renaștere, *gestul* domina *mâna*. Studiile anatomo-fiziologice ale secolelor următoare au pregătit pictura secolului XVIII, care dă eșantioanele cele mai frumoase ale mâinii, care prezintă mâini "vii și personale". N. Vaschide observă că, "asociată gândirii în mod continuu, mâna traduce – ca și fața – și contribuie la fizionomie... mâna poate servi într-adevăr ca un criteriu al mentalității umane".

Un prim element de luat în considerare în *psihofiziologia mâinii* este pielea, deoarece mâna este – prin excelență –, un organ tactil. Fiziologia pipăitului este complexă, cu variații individuale; pipăitul este un simț foarte educabil (profesional, sau la surdumuși). Se adaugă sensibilitatea la căldură și la durere, cea legată de inervația părului (trichestezia), ca și sensibilitatea musculară (cu imaginile motrice corespunzătoare etc.); după unii autori, pielea ar avea și sensibilitate la lumină. Din punct de vedere *psihosocial*, mâna a fost caracterizată ca fiind "organul contactelor noastre concrete cu viața reală". Menționăm, în treacăt, problema asimetriei funcționale dreapta/stânga și a superiorității mâinii drepte (la cca. 3/4 dintre oameni) de unde un anumit *prestigiu* al mâinii drepte. Mâna are o uriașă semnificație simbolică și numeroase sunt expresiile metaforice în care intervine cuvântul "mână". *Strângerea de mână* este "un contact musculotactil, care este aproape un contact mental" (Vaschide), plin de învâlminte căci mâna este "evocatoarea unei întregi sensibilități ascunse". Vaschide a cules date privind strângerea de mână a bolnavilor neurologici, a psihopaților și a psihoticilor, a muribunzilor. Multiple semnificații are și *gestul manual*.

Pentru că există *mișcare* în orice elaborare mentală – pentru că orice formă de gândire, conștientă sau subconștientă, se poate traduce sub formă motrice și pentru că în mână există constant o tendință "impulsivă" de a executa mișcări inconștiente, mâna exprimă mai mult decât oricare altă parte a corpului ceea ce se petrece în viața interioară. Grafologia este, din acest punct de vedere (după același autor), o "demonstrare experimentală a psihologiei revelatoare a mâinii".

Și în alt sens, mâna "exprimă" în *sfera patologicului*: reamintim paralizile isterice (cu semnificație simbolică dezvoltată de către psihanaliză) ca și *crampa scriitorilor* (descrisă de Brück, 1831) și analogele ei – "crampa funcționarilor de la telegraf" (Onimus, 1875) sau "crampa pianistilor" și a altor instrumentiști.

Pentru medicină, *psihofiziologia mâinii* este interesantă și prin alte valențe. *Mâna ca organ al mângâierii* poate constitui un capitol al psihoterapiei. Mâna este și "*emițătorul*" acelor "fluide" prin care acționează chiroterapia și "magnetismul animal"; actualmente se cunosc date despre câmpul biologic al mâinii și despre variațiile câmpului său electric. Mâna este organul cu ajutorul căruia *medicul* recoltează date ale examenului fizic: palpare, percuție. Este de menționat că acest *contact fizic* cu mâna medicului are el însuși virtuți psihoterapice și - pentru unii bolnavi - el înseamnă un contact fizic *intim* care creează complicații, uneori nedorite, în relațiile medic-pacient. *Pentru chirurg*, ca și pentru sculptor sau pictor, mâna este tot atât de importantă ca și mintea; în acest sens, P. Brinzeu a adunat și a scris rânduri frumoase și semnificative.

Când Fr. Engels nota că "mâna a ajuns la acel grad superior al perfecționării care i-a dat posibilitatea să creeze minuni ca tablourile lui Rafael, ca statuile lui Thorwaldsen sau ca muzica lui Pagagnini" el se referea desigur și la faptul că în *creația artistică* se exprimă, prin mijlocirea mâinii, personalitatea artistului.

Vaschide citează un admirabil poem dedicat mâinii, de către Rodenbach (1896). În poezia românească, mâinii i-au fost dedicate versuri frumoase de către T. Arghezi, M. Beniuc.

Paul Valéry, în fața Congresului francez de chirurgie din 1938, își exprima regretul de a constata că nu s-a scris încă *un tratat despre mână*. Oare P. Valéry nu cunoștea tratatul lui N. Vaschide?

Examenul grafologic

Determinarea calităților individului după scris a preocupat pe mulți încă din antichitate, cum rezultă din scrisorile lui Aristotel,

Demetrius din Falera și Suetoniu. Se pare că adevăratul studiu al scrierii începe în Orient, în China în primul rând și apoi în Japonia.

O serie de observații interesante și sugestive asupra scrierii găsim la Leibnitz, Goethe, Lavater apoi la Stephan Collet, Edgar Poe, Walter Scott, Humboldt, Balzac, Fourier, G. Sand, Sainte-Beuve, Al. Dumas-fiul.

Fundamentarea și cercetarea psihofiziologică a scrierii începe relativ recent cu Preyer, Meyer, Crépieux-Jamin, Michon, Argenta, R. Saudek, Max Pulver, W. Hégear, Pophal, A. Schneickert etc.

Importanța științifică a grafologiei a fost recunoscută în țara noastră de Gh. Marinescu și apoi de C.I. Parhon. Ultimul scria (1932): "un raport dintre scriere și personalitate este în afară de orice îndoială. Putem afirma, de cele mai multe ori, că o anumită scriere aparține unei anumite persoane după cum putem identifica acea persoană printre multe altele sau după cum o puteam recunoaște pe o fotografie. Faptul este bazat pe principiul corelațiilor. Scrisul este, în ultimă analiză expresiunea înregistrată a unor contracții musculare, ele înșile expresiunea scurgerii în mușchi cu o anumită intensitate, viteză și cu un anumit ritm a energiei nervoase. Acestea toate nu țin numai de activitatea psihică, de caracterul individului, ci și de cea somatică..."

Aceste trăsături caracteristice fiecărui individ în parte sunt condiționate mai ales de procesele activității nervoase superioare: studiul scrisului, ca element ultim apărut în cadrul celui de-al doilea sistem de semnalizare specific omului și ca manifestare fixă a gestualității noastre expresive pare a fi, astfel, o metodă de cercetare perfect validată și neurofiziologic. În actul scrisului, sunt implicate zone întinse din scoarța occipitală, parietală, frontală și temporală și numeroase conexiuni trans cerebrale.

Din punct de vedere psihofiziologic, scrisul integrează senzații și imagini vizuale, auditive, tactile, kinestezice și motorii.

Mecanismul reglator al scrisului poate fi privit ca un joc de inhibiții prin care se frânează anumite reacțiuni și se eliberează anumite sisteme senzorio-motorii. Ca în toate actele devenite automate

prin repetiție, participă în scris zone întinse din subcortex, ca și cerebelul.

În concluzie, scrisul ca mișcare voluntară secundar automatizată este un proces condiționat asociativ. Dar, fiind fundamental o gestualitate, scrisul are și o dimensiune afectivă.

Constând din gesturi extrem de fine care rămân înscrise, scrisul ne oferă informații mult mai ample decât acelea pe care ni le dă gestualitatea feței, mâinilor etc. la simpla observație vizuală. Dar pe lângă mișcări expresive (legate de emoție), există și mișcări *reprezentative*, care traduc trăsături de caracter sau tendințe, cu ajutorul unor mișcări simbolice și metaforice (G. Dumas). Mișcările simbolice se produc cu ocazia imaginației și gândirii. Mișcările metaforice sau figurative sunt bazate pe analogie (întinderea brațului pentru a desemna atotputernicia etc). Ambele categorii constituie mișcări sau gesturi pantomimice, intenționale, care indică deci atitudini, raporturi, poziții, năzuințe.

Pe de altă parte, în orice mișcare avem o așteptare inconștientă a imaginii pe care tinde să o realizeze reprezentarea acestei mișcări; ea *codetermină* mișcarea. Așa cum auzul influențează vorbirea continuu și în mod inconștient, ochiul exercită un control asupra scrisului; atunci când organul de control, ochiul, se tulbură sau încetează de a funcționa, scrisul încetează nu numai că se adapteze, dar să și "exprime", și încetează să mai evolueze.

Legat de controlul ochiului (ca și de cel proprioceptiv) se pune și problema unui simț spațial individual: individul va prefera și un anumit *stil* de mișcare etc.

Dacă expresia este un dat în raport cu structura temperamentală individuală, reprezentarea este un dat prin excelență psihosociologic, raportându-se la atitudini ca și la dispoziții individuale ale caracterului. Reținem următoarele principii ale analizei lor (A. Athanasiu):

a) Scrierea apare ca o *structură*, în care orice trăsătură își găsește semnificația numai prin relație cu celelalte trăsături și în raport cu întregul. Ca atare, nu există semn fix cu semnificație absolută care să exprime o calitate a individului. Dacă nu există o singură trăsătură care să releve o calitate, invers - o calitate (de exemplu, energia) se

poate exprima prin diferite semne (după cum tema aceeași nevroze este exprimată prin cele mai variate feluri de expresie): *echivalență de expresie*.

b) Scrierea depinde de anumite condiții. Astfel, condițiile exterioare - ca penița, hârtia, forma grafică învățată etc. - sau o stare momentană (de ex. graba sau o boală acută) vor modifica într-o oarecare măsură aspectul general al scrierii. De asemenea, în anumite condiții permanente (o boală cronică), aspectul general poate fi păstrat, dar cu modificarea unor trăsături de detaliu.

c) Scrierea fiind o înregistrare a *proceselor* activității nervoase superioare, studiul ei trebuie să fie *dinamic*; ea nu rămâne identică în timp, păstrându-și anumite variante sub influențe intercurente, dar și urmând evoluția personalității. De exemplu, odată cu înaintarea în vârstă apar mai multe întreruperi în scris. Această fragmentare a scrierii a putut fi atribuită, după caz, fie accentuării tendinței de a reflecta, de a medita, fie unor inhibiții, oboselii, tulburărilor cardiovasculare etc.

d) Scrierea nu trebuie privită ca o sumă de mai multe elemente grafice, ci ca o funcție de mai multe variabile.

e) Scrierea reprezintă o unitate complexă de elemente contradictorii (trăsături mai lente și altele mai rezezi, trăsături centripete și trăsături centrifuge), indicând fenomene de excitație și inhibiție, de expansiune și de reținere etc. și traducând, astfel, aspectul contradictoriu al individualității.

Cercetarea *experimentală* a elementelor fundamentale ale scrisului înseamnă a înregistra precis presiunea, viteza, forma, ritmicitatea scrierii și a vedea dacă aceste elemente își capătă o configurație specifică pentru fiecare tip în parte. În acest sens, E. Malespine, prin metoda grafografică, a adus scrierii documentul experimental cinematic care permite această măsură. La noi în țară, cercetări de acest fel au fost efectuate de V. Enătescu.

Fiecare om are curba sa grafografică (*grafograma*), mai personală chiar decât semnătura. Se pare, de asemenea, că la temperamentele asemănătoare există grafograme asemănătoare.

În afară de temperamentele hipocratice și tipurile de sistem nervos, s-au luat în considerare - în interpretarea corelativă a grafismului - și alte tipologii. De asemenea, s-a arătat importanța studiului scrisului în orientarea și în selecția profesională (Foix), ca și în studiul structurii personalității (Klages, Eysenck).

Pe lângă aspectul *caracteriologic*, grafologia are și un aspect *medical*. Studiul scrisului patologic are o valoare reală în diagnosticul și în prognosticul bolilor.

Studiul caracterologic diferă prin metodă și prin obiect de studiul medical al scrisului:

1. Din punctul de vedere al metodei, menționăm că examenul grafocaracterologic se ocupă numai de execuția materială a scrisului, adică de *scriere*, în timp ce examenul medical ia în considerare ansamblul scrisului, adică în același timp scrierea, ortografia, sintaxa, stilul și ideile exprimate.

2. În ce privește obiectul, studiul caracterologic ia în considerație trăsăturile temperamentale și calitățile ca și defectele intelectuale și morale, în timp ce studiul medical caută manifestările unor stări morbide determinate.

Experiența arată că perturbațiuni ale scrisului pot apărea în o serie de afecțiuni, și anume: 1) dispnee, 2) tulburări cardiovasculare, 3) intoxicații, 4) maladii nervoase, 5) maladii mentale, 6) tulburări vizuale, 7) constituții psihopatie (dezechilibrați), 8) tulburări endocrine.

Câteva aspecte, bine stabilite actualmente, privesc tulburările scrierii *la copil* și alterațiunile grafice din afecțiunile neuropsihice. Printre perturbările scrisului la copil menționăm: *disgrafia* (legată de neîndemânare, debilitatea motrice, tulburări ale tonusului, a structurii spațiale, ale schemei corporale), *scrierea în oglindă* (pare a fi în raport cu tulburările structurale spațiale și cu o dominanță hemisferică stângă rău stabilită), *crampa* (mod de expresie a conflictelor afective pe un teren de debilitate motrice).

La adult, s-au putut observa alterări relativ caracteristice ale traseului grafic în: paralizia generală, choree, tabes, scleroză în plăci, paralizii ale membrului superior, ca și în unele afecțiuni endocrine ca

boala Basedow. De asemenea, există tulburări în epilepsii (scrieri preaproxistice și postaproxistice), schizofrenie, psihoză maniaco-depresivă, isterie etc.

Contribuții promițătoare au fost aduse de grafometrie, metodă de analiză a scrierii, în același timp metrică și statică (H. de Gobineau și M. Perron).

Trebuie să mai menționăm aici că *grafoterapia* se recomandă în diverse cazuri de tulburări motorii și psihice. Ameliorările nu sunt numai grafice, ci și caracteriale și psihologice sau chiar fiziologice (Trillat).

*

În concluzie, studiul scrierii constituie un procedeu de cercetare dinamică util în studiul personalității.

Scrisul este aceea dintre mișcările voluntare în care memoria intervine la fiecare moment, la fiecare cuvânt, care acționează prin cele mai multe stațiuni intercalare și care pune în joc, simultan și împreună, facultățile intelectuale și proprietăți afectivoinstinctive și senzoriomotrice. Este aceea dintre manifestările individualității care angajează și utilizează cel mai mare număr de părți independente (mișcare, formă, proporție, măsură, ritm...).

Sănătatea și sănătatea mentală

Introducere

Pentru unii teoreticieni ai medicinei, între *sănătate* și *boală* nu există frontieră care poate fi definită obiectiv. Ceea ce numim "boală" poate fi și o abatere de la "norme" stabilite sau admise în cadrul unei anumite culturi. M. Mead a arătat că, la popoarele primitive, există "norme" acceptate social privind chiar și frecvența "scaunelor"! Cu atât mai mult – "societatea este cea care decide dacă un om este nebun sau genial" (N. Willard). Unii autori susțin că despre boală putem vorbi numai atunci când abateri cantitative de la normă produc, la o anumită etapă a dezvoltării lor, un "salt calitativ". Fenomenele patologice ar avea deci un *specific calitativ* în raport cu fenomenele normale.

Este important să nu uităm faptul că există bolnavi (sau purtători de procese patologice) adaptați la viață și productivi, bolnavi "care se ignoră" sau care sunt compensați, în timp ce mulți oameni "sănătoși" – din punct de vedere somatic și chiar psihic – sunt *suferinzi*. O definiție O.M.S. leagă starea de sănătate de impresia de "bine" (*well-being*), adică definește sănătatea în mod *pozitiv*. În general, în *sectorul somatic* se pune accentul pe performanțele de adaptare. Noi punem accentul și pe posibilitățile de evoluție (dezvoltare) – sau, altfel spus, credem că o bună adaptare este cea care favorizează evoluția.

În sectorul psihic, criteriul adaptării nu poate fi acceptat fără rezervă. Adaptarea împinsă dincolo de orice limită devine un indiciu de slăbiciune a personalității și, câteodată (după cum scrie Baruk), "pur și simplu un indiciu de lășitate". Omul în întregime adaptat poate

constitui o personalitate mediocră (H. Minkowski). G. W. Allport observă că "ceea ce este uzual nu este, adeseori, identic cu ceea ce este de dorit" și că persoana nu se definește prin stabilitate, ci prin evoluție: nu "homeostatis", ci "transistasis".

Dacă admitem că "individul" este, prin esență, contradictoriu, atunci nici lipsa de contradicții interne, nici lipsa de contradicții externe nu reprezintă un ideal de sănătate. Echilibrul interior excesiv este incompatibil cu vitalitatea mentală.

"Sănătatea" nu este tot una cu perfecta adaptare la sine-însuși (C. Rogers). Dar specificul calitativ al vieții umane ține de *individualizare*; este importantă noțiunea de "normă individuală" (Sihle ș.a.); există mii de feluri în care putem fi sănătoși (M. Boven, 1946).

Mai de mult, C. Schwarz (1933) a făcut deosebirea între "norma statistică" (discutată mai sus), "norma biologică" (legată de deplina adaptare) și "norma ideală" (uneori "apriorică", "de esență" – reprezentând maxima desăvârșire pe care o poate activa specia: de exemplu, eroul). Dar trebuie să adăugăm că perfecțiunea poate fi înțeleasă atât în sens vital, cât și în sens estetic sau/și etic.

După N. Mărgineanu, sănătatea (psihică) înseamnă colaborare armonică între forțele psihice, corporale și sociale, "*rezultat al adaptării sau integrării forțelor sufletești... la sine, la corp și la societate*". Persoana sănătoasă sufletește se poate recunoaște după două trăsături principale care sunt: a) sentimentul de bună stare, liniște și pace interioară; b) relații "normale" cu semenii și societatea. Conduita este stabilă și se observă o lipsă de conflicte. Omul normal e un "om de înțeles", cu care "conviețuirea nu e numai cu puțință, ci chiar plăcută..." Autorul amintește însă că sentimentul de suferință este, uneori, rezultatul unui efort spre mai multă ordine și echilibru – cazuri care sunt tocmai "negația ideii de boală" și că adaptabilitatea depinde atât de grupul social, cât și de excepționalitatea individului ("geniul nu a fost niciodată iubit de cei din jurul său").

*

J. Rofé a propus 5 criterii sau "puncte cardinale": "omul va fi considerat cu atât mai *normal*, cu cât este mai apropiat de punctul cardinal teoretic".

1. *Interdependența psihofizică*: omul este cu atât mai sănătos cu cât își simte mai puțin organismul funcționând, iar fenomenele psihomorale trebuie să-și păstreze o autonomie cât mai neîntreruptă de eventualele afecțiuni somatice.

2. *Calitatea funcțiilor psihice*. Organele (diferitele elemente ale sistemului nervos, de exemplu), în calitatea lor de "instrumente", trebuie să fie intacte; iar funcțiunile psihice se cer cât mai perfecționate prin exercițiu.

3. *Direcția (orientarea) forțelor afective*. Se pretinde un just raport între "autodefiniție" (apărarea și afirmarea de sine) (*Selbstbehauptung*) și dăruirea, devotamentul (*Hingabe*).

4. *Raportul cu realitatea*. În mijlocul "valurilor" vieții, *izotonia* se cere menținută în ciuda eșecurilor care deprimă, în ciuda succeselor care exaltă - și aceasta printr-o neîncetată și obiectivă examinare a realității.

5. *Menținerea unității sufletești*. Aceasta înseamnă: a) unitate de tonus (egalitate de dispoziție, continuitate în efort) - care se menține prin intervenția inițiativei; b) unitate de conducere (coeziune psihică, acord între idei și între gând și faptă); c) unitate de atitudine - garantată de adeziunea masivă a afectivității noastre la câteva "constante".

Aceasta ne duce aproape de rezultatele anchetei lui F. Duyckaerts asupra conduitei normale. Normalitatea este *integrare* a tendințelor; *autonomie* față de constrângeri și prejudecăți; *adaptare* socială; *asemănare* cu ceilalți (opusă "monstruoziității") - și, mai presus de toate, viață individuală și socială orientată în *sens creator* (J. Lacroix).

*

O mențiune specială trebuie făcută cu privire la *rezervele* sufletești. S-a făcut observația că starea de sănătate este mai mult decât un *bien-être* - este o oarecare disponibilitate "pentru excese" (Canguilhem). Aceasta nu trebuie să ne ducă la ideea că starea morbidă se evidențiază numai la solicitare sau la suprasolicitare. S-a putut observa (Schulte, 1951) că, în unele cazuri de nevroză, situația

declanșatoare nu a fost solicitarea, ci *degajarea* de solicitări. De aceea, "numai atunci putem spune despre un om că este cu adevărat sănătos, când suntem convinși de capacitatea sa de a rezista la solicitare ca și la degajare". Căci solicitarea poate însemna un motiv de a "ține în frâu" boala, sau un *excitant trofic*, sau un element care dă vieții orientare și sens. În orice caz, *încordarea orientată* este un element sanogenetic; pierderea ei este patogenică pentru persoanele incapabile să-și găsească singure un țel. *Idealul* este un "factor de sănătate". Sunt numeroase cazurile în care persoana este "incapabilă să suporte libertatea".

Sănătatea se caracterizează și prin lipsa a tot ceea ce se inter-pune între *eu* și *alții*, între *eu* și *lume*, în afara receptivității intelectuale și afective. S. Freud scria că omul sănătos este cel capabil de dragoste și de creație: dar *dragostea* implică sensibilitate, aptitudine de a lupta și de a dăru, posibilitatea unei bune (și înalte) integrări psihosomatice, capacitatea de a stabili un contact interpersonal (și nu numai interorganismic). Dragostea, ca și creația, se înscriu pe linia dezvoltării și exprimării persoanei. *Creație* înseamnă înnoire, prin opoziție cu stereotipia, cu automatismele, cu rigiditatea, cu regresivitatea.

Este cunoscută caracterizarea lapidară dată de K. Marx: "boala este viață limitată în libertatea ei". Este vorba, desigur, de limitări *intrinseci* (sau devenite *intrinseci*). După treapta de evoluție filogenetică, după treapta de umanizare a omului, dar și în funcție de diversificarea individuală, limitarea libertății vieții (organice, psihice, spirituale) are mecanisme, criterii și semnificații diferite (multiple).

Dacă există *continuitate* sau *discontinuitate* între sănătate și boală, în domeniul psihic părerile sunt împărțite. Dar există *structuri paranormale*, cum sunt psihopatiile, diatezele etc.; aproape incontinuu, persoana noastră este supusă la perturbații care se învecinează cu boala. Situațiile intermediare pot fi etichetate prin termenul de *perinormal* (E.C. Crăciun, 1953).

*

G. Ionescu a reluat (1979) examinarea conceptului de sănătate mentală, folosit "într-o prejudiciabilă ambiguitate" cu cele de igienă

psihică sau de normalitate. Noțiunea de normalitate (normă, normativitate) ar constitui *fundalul* stării de sănătate, care se instituie ca o calitate. Normalitatea vizează abordarea medicală tradițională plasându-se în domeniul medicinei curative, în timp ce sănătatea vizează abordarea psihosomatică, înscriindu-se în aria medicinei preventive.

Definițiile și descrierile sănătății psihice pot fi înscrise pe o axă care prezintă un pol afectiv-motivațional și altul cognitiv-acțional. Înțelegerea sănătății ca *fenomen* este facilitată de o "ipostaziere" a acesteia într-un context: sănătatea poate fi privită ca adaptare, ca medie (normă), ca proces și dezvoltare, ca integrare socială, ca valoare.

Boala în cadrul personalității morbide

În psihiatria actuală, *psihopatiile* sunt considerate stări cronice, constituționale, la limita dintre normal și patologic, care fac să suferă mai mult ambianța decât pacientul însuși. Cunoaștere lor este de interes pentru medicina generală, deoarece modul în care se stabilește și evoluează contactul între medic și pacient, atitudinea bolnavului față de propria suferință și boală depind, în mare măsură, de trăsăturile psihopatice ale individului. K. Schneider (1923), a cărui clasificare a făcut epocă, descrie pe hipertimici, pe depresivi, pe fanatici, pe nesigurii de sine, pe cei cu dispoziție labilă, pe cei lipsiți de autoritate, pe cei lipsiți de afect (oamenii "reci", nesimțitori), pe cei lipsiți de voință (abulici), pe astenici și pe "explozivi". E. Bleuler, urmându-l pe E. Kraepelin, deosebea nervozitatea (scăderea rezistenței psihice la influențele externe și interne, cu insuficienta tensiune a voinței) de nestăpânire și de iritabilitate anormală. El descria pe cei "care trebuie să se afla în treabă" și pe oamenii mânați de pulsiuni (risipitorii, vagabonzii, dipsomanii), pe nestatornici (la care lipsește unitatea și consecvența vieții psihice), pe mitomani (*pseudologia fantastică*), pe certăreți și scandalagii (*pseudocverulanți*), pe cei cu *insanitate morală*. O categorie aparte o constituie debilizii mintali, care pot fi confuzi, infantili, "idioti superiori" (Gudden) sau și "de salon" (Hoche) etc. O

altă categorie o reprezintă psihopatii sexuale (Krafft - Ebing). L. Lévi a diferențiat *puerilismul de juvenilitate persistentă* și de *nervozism*, legate de hipertoniile sau de hipotonii ale sistemului endocrin.

Cunoașterea psihonevrozelor este de asemenea de mare interes practic pentru medicul de orice specialitate, deoarece "temperamentele nevrotice" și psihonevrozele (patente sau atenuate) sunt foarte frecvente în practica zilnică, iar prezența lor dă o coloratură particulară evoluției bolilor somatice și simptomatologiei subiective. Între "personalitățile psihopatice" ale autorilor germani și psihonevrozele manifeste, există, dealtfel, numeroase forme de trecere.

Personalitatea psihastenică, descrisă de Pierre Janet, este caracterizată prin asocierea unui "sindrom psiholeptic" (alcătuit din plictiseală, dintr-un sentiment de insuficiență și de incompletitudine, dintr-o dificultate și aprehensiune a prezentului și a realului) cu simptome variate din sfera anxietății, spaimii, fobiilor, obsesiilor, ideilor fixe. În concepția lui P. Janet, "funcțiunea realului" și "funcțiunea de prezentificare" necesită un nivel înalt de tensiune psihică.

Personalitatea anxioasă, numită și anxietate constituțională, este caracterizată prin prezența unei spaimi flotante, permanente, care eventual se poate fixa și se poate însoți de pseudofobii sau chiar de fobii. Frecventă este fixarea pe senzațiile corporale minime (angoasa ipohondriacă). În aceste cazuri, subiectul se teme să nu aibă o boală, eventualitate ce i se pare plauzibilă. Pentru unii autori (și după concepția psihanalitică), prezența fobiilor adevărate ar indica existența unei *personalități isterice*. Pseudofobia este o teamă rezultată din asocierea unei situații cu o primejdie reală trăită într-o perioadă anterioară, în timp ce fobia adevărată este spaima față de amenințarea iruperii în conștiință a unor pulsiuni interzise (de cele mai multe ori de natură sexual-genitală). După concepția psihanalitică, ego-ul recurge la apărare prin "transformarea" pulsiunii primare în altă pulsiune (de obicei, una contrară) și deplasarea ei asupra unui obiect simbolic. *Obiectul fobogen are o valoare simbolică*.

Fobia desemnează teama angoasantă declanșată de un obiect sau de o situație care, prin ele înșile, n-au un caracter periculos. Teamă este recunoscută absurdă - totuși este incoercibilă. Când avem

de-a face cu fobia bolii, cu *nosofobia* – subiectul deși recunoaște absurditatea ideii, este constrâns să gândească că are, în mod efectiv, o anumită boală.

Personalitatea obsesională este caracterizată prin fenomene reproducând la minimum nevroza obsesională. Obsesia (Falret, 1866) este un conținut de conștiință care *asediază* spiritul, o “reprezentare constrângătoare” (Westphal, 1877) sau o “compulsiune” (tendență la act). Sentimentul, ideea, tendința care irup în conștiință apar subiectului ca fiind fenomene străine, morbide, în dezacord cu eul conștient; ele persistă cu toate eforturile depuse de a scăpa de ele. Lupta pentru gonirea lor se însoțește de angoasă. Teama este recunoscută intelectualicește ca fiind absurdă.

Termenul de *anancasm* (Donath, 1896) semnifică inițial *destin*, dar astăzi are tendința să se răspândească pentru a înlocui termenii “obsesie” și “compulsie”. Este de menționat faptul că, în compulsie, actele săvârșite se remarcă prin stereotipia și prin formalismul lor (sunt *rituri* sau *ritualuri*). Există de asemenea, *conduite de evitare*. Prin *personalitate anancastică*, unii autori înțeleg o asociere a unor elemente de personalitate obsesională și a unor elemente de “caracter anal”. Ultimul - definit în freudismul ortodox - s-ar caracteriza prin gust de ordine, gust de economie și încăpățănare.

În afară de nosofobie, interes pentru medicina generală o au: fobia de obiecte vulnerabile, fobia morții, ereutofobia (teama de a roși, frecventă în adolescența obsedaților), “delirul de contact” cu punctul de plecare în fobia murdăriei și a contaminărilor (aici există adeseori un “gest liberator”, reprezentat prin spălarea repetată sau intermitentă a mâinilor.) În fobia *obsedantă* (analizată fenomenologic de v. Gebssattel), psihonevroticul găsește pretutindeni amenințare, murdărie, decompoziție sau moarte: “un *univers ostil și magic* se impune abședatului, univers în care nimic nu mai este anodin, natural, evident” (A. Luras). H. Ey compară lumea obsedatului cu o cetate în care bolnavul este totodată cel asediat (de el însuși) și cel ce asediază. Deși la suprafață pare să fie vorba de o luptă între Eu și obsesie - în profunzime se duce o luptă a Eului cu Eul său profund.

Obsedatul se luptă cu obsesia sa, dar în același timp se complăce în obsesie.

Ștefănescu-Goangă, Al. Roșca și S. Cupcea (1936) au axat diferitele constituții psihopatice pe *instabilitatea emotivă*. Reamintim că prin “constituție emotivă”, Dupré a înțeles o exagerare difuză a sensibilității cu insuficiența inhibiției reflexe și voluntare. Prin *neurastenie*, autorii propuneau să se înțeleagă un sindrom alcătuit din tonus somatic scăzut, fatigabilitate, dureri corporale variate, insomnie și ipohondrie.

Personalitatea isterică poate constitui un teren propice pentru dezvoltarea nevrozei fobice. Ea se caracterizează clinic prin labilitate emoțională (reacții adecvate dar excesive, totuși fără persistență) și histrionism (subiectul trăiește într-o lume teatrală). “Crizele” isterice nu survin niciodată în singurătate! Istericul dorește *să i se dea atenție*. Această dorință este, uneori *justificată*. Se mai adaugă note de egocentrism (“posesivitate afectivă”), ca și o anumită tendință de “erotizare” (adică la a da semnificație sexuală unor obiecte și situații foarte diverse), ca și o netă tendință la fabulație (subiectul trăiește într-o realitate fantasmagorică pe care a creat-o). La femeie, isteria se însoțește adesea de frigiditate. Contrar a ceea ce sugerează etimologia cuvântului *isterie*, personalitatea isterică și chiar nevroza isterică se întâlnesc și la bărbați. Dupré, apoi Delmas și Boll – au descris *constituția mitomaniacă*, cu stigmatizări isterioide și cu tendința nativă la minciună și simulare. A. Păunescu Podeanu adoptă (după Dimolescu) descrierea a 7 constituții psihopatice: perversă, paranoică, emotivă, mitomaniacă, ciclotimică (distimică), schizoidă, epileptoidă. A se vede și subcapitolul din lucrarea noastră referitor la “personalitățile accentuate” (Leonhard).

*

Un interes real pentru medicină o are și situația “nevrozaților temperaturii” (Mauriel). Oameni inteligenți, deseori cultivați, pot avea obsesia “caldului” și a “recei”; se cred friguroși și delicați, își dere-

glează sistemul de homeostazie termică prin cocoloşire (*homeostanie*, R. Held). Grija pentru o temperatură constantă (sau ridicată) a camerei se însoţeşte de agresivitate (orice impresie a "abaterii" de la atitudinea de cocoloşire poate antrena reacţii aparent paradoxale, de fapt răutăcioase: obligaţia - pentru ceilalţi - de a închide fereastra când le este cald, de a o deschide când le este rece; dorinţa de răzbunare nu mai ţine seama de securitatea proprie). "Nevroza" devine cu uşurinţă familială (se raţionează în termeni de grade celsius etc.). Interpretarea psihanalitică propusă, ingenioasă dar fantastică, se referă la starea de securitate a fătului şi a sugarului: aceşti oameni preferând căldura intrauterină sau cea a leagănului, au nostalgia acestora.

*

Oboseala cronică, constituţională, ar merita să fie şi ea amintită aici. Există indivizi care îşi consumă toată energia pentru a *nu face nimic*. Oboseala este, pe de altă parte, o formă facilă de "refugiu (subconştient sau inconştient) în boală". "Oboseala" poate fi legată de lipsă de energie, dar şi de lipsă de "libertate", de dificultatea de a întreprinde sau de a suporta, de incapacitatea de proiectare în viitor. "Oboseala" poate fi o mască, un alibi, un şantaj; poate fi o "retragere narcisică" a adolescentului sau a inadaptatului (Kahn). Trebuie subliniat faptul că inactivitatea *nu* este antidotul oboselii, căci "vidul" pe care-l creează generează anxietate (*munca* şi *lupta* susţin omul împotriva anxietăţii).

Sindromul astenic este alcătuit din fatigabilitate, irascibilitate, cu manifestări explozive după care urmează un sentiment de epuizare; concentrarea atenţiei este anevoioasă; apar multiple senzaţii neplăcute de la viscere, de la organele de simţ, de la piele şi de la aparatul locomotor.

Sindromul astenic, cel obsesional şi cel isteric sunt sindroamele cardinale din cadrul simptomatologiei de tip nevrotic.

*

Nevroza are amprenta caracterului, iar caracterul conţine în stare virtuală factori care se pot transforma în nevroză. E. Kretschmer a admis continuitate *posibilă* între constituţie (caracter), nevroză, respectiv psihopatie şi psihoză. Dacă privim *tulburările psihice* (sau numai simptomatologia subiectivă) ca o reflectare a alterărilor cerebrale, este plauzibil să admitem (cu A. V. Snejevski, 1960) că specificitatea sindroamelor descreşte de la leziunile cele mai grave la cele mai puţin grave, în ultima categorie intrând şi sindroamele de tip nevrotic. Este de reţinut şi faptul că, într-o serie de afecţiuni somatogene (şi, mai rar, psihogene), dinamica sindroamelor psihice prezintă o succesiune crescândă a gravităţii, asemănătoare celeia descrise în schema lui Snejevski, urmată de o regresie în acelaşi sens (B. Llopis, 1960; H. J. Weitbrecht, 1957).

În medicina generală, interesează, în primul rând, acele nevroze care au simptomatologie viscerală ("somatizările" psihogeniilor) dar totodată şi "psihizările" afecţiunilor somatice. Este important să se caute *coeficientul nevrotic* în diferitele boli somatice, coeficient care modifică simptomatologia, evoluţia, prognosticul, receptivitatea la tratament şi calitatea relaţiilor dintre medic şi pacient.

K. Schneider (care considera psihiatria ca studiu al anomaliilor psihice) deosebeşte anomalii (*Abnormalitäten*) ca variante ale speciei umane şi anomalii ca *urmare a unor boli* (boli cunoscute sau numai "postulate", cum este în cazul psihozelor endogene). Dar alături de ceea ce este *psihogen* sau *somatogen*, K. Schneider lasă deschisă posibilitatea anomaliilor *metagene*, care ar reprezenta o "rătăcire" în dezvoltarea psihicului, cu rădăcini endogene, constituţionale, eventual ereditare.

Pentru uzul practicianului, este utilă şi sugestia lui K. Conrad (1958), după care în *tabloul clinic* s-ar cere să deosebim *figura de fond*.

*

S. Freud a vorbit despre *psihopatologia vieții cotidiene*, analizând semnificația lapsusurilor, uitărilor, micilor greșeli de conduită (cum sunt și cele în care "ne-a luat gura pe dinainte" etc.); ele deschid o fereastră către mecanismele inconștiente. Printre obiectivele ce le avem în vedere în lucrarea de față, se găsește și acela de a schița *psihopatologia vieții medicale de fiecare zi*. Înțelegem, prin aceasta, manifestări benigne din sfera psihică și a comportamentului, intrând mai curând în categoria lui *errare humanum est* decât în categoria morbidului și care împreștițează existența curentă a bolnavului și a medicului. Ca "ingrediente" ale atitudinii bolnavului față de boală și față de medic (sau față de medicină), dar și ca "ingrediente" ale atitudinii medicului față de bolnav (și față de alți medici), găsim frecvent elemente de logică afectivă, lapsusuri și uitări cu semnificație reală pentru structura personalității - care traduc (exprimă) atitudini față de viață, față de sine însuși, față de moarte. Alteori, mecanismele de interferență a comportamentului adaptativ adecvat sunt mai complexe: represiune (refulare) sau regresie spre o structură suflătoare mai primitivă (infantilă, "magică" etc.).

Ipohondria. Bolnavul închipuit

Problema ipohondriei este (Weitbrecht) "un focar în care se concentrează problemele nesoluționate ale medicinei și psihiatriei". Sub eticheta de ipohondrie se înțelege, pe de o parte: a) starea de supraevaluare (cu anxietate și îngrijorare) a unor tulburări existente, somatice sau psihice, însă *obiectiv* lipsite de importanță - dar și b) un *tip* al comportării suflătoare: bolnavul care se plânge medicului fără o întemeiere obiectivă ("malade imaginaire", Molière). Aceste *tip* nu este net despărțit de sfera normalității - și are relații certe cu sindroame psihopatologice de natură depresivă sau compulsiv-anancastică, cu psihopatia celor nesiguri de sine, dar și cu nevroza demonstrativ-anxioasă (de categorie isterică) sau cu cea "tendențioasă".

Ipohondria umple spațiul larg între simulacru și delirul paranoic - ipohondriac. E. Bleuler credea că ipohondricii sunt schizofreni latenți. Diagnosticul se pune relativ ușor când se pot evidenția simptome ale unei structuri psihopatice, ale unui delir schizofrenic, ale unei depresii ciclotime sau ale unei dezintegrări involutive. Diagnosticul *curent* oscilează între neurastenii, psihopatie, nevroză, simulare, *caput pigerrimum*. Esențial este să se stabilească dacă este vorba de o "fugă în boală", realmente de o psihoză severă, sau de un caracter "reflexiv", care este sinonim cu ipohondricul înăscut. Dar un astfel de caracter se poate dobândi și în urma unor experiențe de viață: corpul devine atunci (prin autoobservație și prin grijă) nu numai *conținut* al vieții, ci și al *anxietății* și al fricii (și, ca atare - având în vedere atât ambivalența, cât și mecanismele reactive ale ego-ului - ipohondria traduce și dorințe) (Jaspers etc.). *Psihopatul astenic* este prototipul "nervosului" popular - care nu este astenicul schizotim al lui Kretschmer, ci este și deosebit de lăbil din punct de vedere somatic. O. Foerster îi îngloba pe ipohondrici printre "stigmatizații vegetativi" și susținea existența (la aceștia) a interesării căilor corticofugale și striopallidale de inhibiție a durerii. Freud vorbea despre o "erogenizare narcistică" a unor anumite părți din corp, prin desprinderea *libido*-ului de obiectele (sau persoanele) mediului înconjurător. În multe cazuri, nu se poate spune dacă punctul de plecare al ipohondriei este psihic sau somatic. Bineînțeles, psihoterapia este eficientă mai ales în ipohondriile necaracteriale, reactive la întâmplări traumatizante. Iată, și aici există un moment constituțional - exprimat prin limita de toleranță, prin capacitatea de "prelucrare" a experienței de viață, prin posibilitatea de a lua atitudine față de suferință. Ipohondria propriu-zisă trebuie diferențiată de stările depresive cu expresie mai ales vegetativă (Lemke) și de halucinațiile somatice ale schizofrenilor.

Omul "poate să fie ipohondric" deoarece este o ființă "îngrijorată". Grijă referitoare la corp este oarecum corespondentă griji pentru mântuirea sufletului - o caricatură a "anxietății existențiale" (Weitbrecht). Ca și în cazurile de represiune cu puternice sentimente de culpabilitate, bolnavii sunt alterați în fundamentele persoanei lor;

nu se mai poate spune că ei "au" o anumită boală, ci că ei "au devenit alții" și *acest fapt* este tocmai boala.

Iphondria este o stare de frică de boli - dar ipohondricul nu este cu necesitate fricos și laș în toate împrejurările vieții. Anxietatea ipohondrilor nu trebuie considerată ca semnul umilitor al lipsei de virilitate. Desigur, ipohondricul este incomod pentru medic. Întâlnim ipohondricul capabil să sâcâie pe medic, dar și pe cel la care frica de boală se proiectează și asupra medicilor, examenelor, remediilor etc., astfel încât ei le evită pe cât se poate - și, uneori, exagerat. Din punct de vedere spiritual, Günther consideră că angoasa în fața bolii și a morții este corelată pozitiv cu sentimentele de compasiune și de omenie. Angloasa ipohondriacă poate fi, așadar, și un catalizator sau un stimulent.

*

Pe linia școlii franceze de medicină, P. Pichot a definit *bolnavul închipuit* ca fiind "un subiect care-și închipuie că este atins de o boală corporală pe care el nu o are" - dar aceasta nu înseamnă că bolnavul închipuit nu este un bolnav psihic. Aproape o treime din bolnavii care cer o consultație psihiatrică fac parte din această categorie. *Iphondricii* și *anxioșii* ar fi două mari categorii; în ultima, se propune subdiviziunea în *nevroza de anxietate* (cu acuze speciale în sectorul cardiovascular) și *isteria de anxietate* (de exemplu, cancerofobia). La trăsăturile de personalitate de bază ale ipohondricului se pot asocia înșușiri paranoide, obsesionale sau isterice. Isteria de conversiune se deosebește de "boala imaginată" prin simptomatologie, ca și prin rolul jucat de sugestie și hipnoză în apariția și terapia bolii. Starobinski insistă și asupra deosebirii dintre *boală închipuită* și *boală inexistentă*. O boală *închipuită* se poate transforma într-o boală "reală", uneori boala *închipuită* ia naștere din cauza unui diagnostic greșit (este iatrogenă). Contrar așteptărilor, frecvența *medicilor* printre *bolnavii închipuiți* este foarte mică (Debray, Starobinski și Varay).

Bolnavii "dificali"

A. Păunescu-Podeanu a consacrat o monografie *bolnavilor dificali*, acelor bolnavi care, "chinuți de suferințe variate, chinuiesc, la rândul lor, pe medici cu plângerile lor, cu solicitările lor, cu interpretările lor privind boala și, uneori, cu revendicările lor... dificali de multe ori chiar sub raport social, greu de suportat, incomozi, agasați" (*les misérables*). Ei acuză tulburări multiple, polimorfe, care izbesc prin anumite caractere speciale (descrise, uneori, în termeni bizari); tulburări excesiv de variabile de la o zi la alta, intrigând prin apariția lor "inexplicabilă" prin rezistența lor la terapeuticele cele mai diverse și prin corelarea cu o stare generală nu tocmai precară. "Niciodată nu se simt bine, dar nici nu le merge prea rău". Sunt bolnavi care trec de la un medic la altul, față de care unii medici au o faimă deosebită (și prin care unii își dobândesc celebritatea, reputația, cariera).

Bolnavii dificali nu sunt bolnavi închipuiți. O reabilitare a lor a fost încercată de Nathan (1931), care a vorbit despre "bolnavii așa-zis închipuiți". Ei nu sunt purtători ai unor suferințe *fictive* sau *sine materia*, nu sunt tot una cu istericii, nu sunt în general psihopați sau psihotici; deseori însă suferințele lor au un mecanism psihosomatic. Problema fundamentală care se pune în fața unor asemenea cazuri este de a ști ce este organic, ce este funcțional și ce este pur subiectiv din aceste suferințe (sau cât este din fiecare aspect, în fiecare simptom). Afecțiunea psihosomatică se complică adesea cu o afecțiune somatopsihică (și invers); sau, cu alte cuvinte, întâlnim o patologie cerebroviscerală complexă. Apare greu de spus ce este suferință somatogenă cu aspect pseudonevrotic sau pseudopsihonevrotic, ce este nevroză somatogenă și ce este dezechilibru neurovegetativ. Mici organopatii sau endocrinopatii; infecții cronice oculte; dezechilibre ionice sau metabolice - dar și afecțiuni neurologice sau tumori maligne, se manifestă prin tabloul *bolnavilor dificali*. Este necesar să se cerceteze eventuala prezență a spondilopatiilor, visceroptozelor, a spasmofiliei, a denivelării tensionale ortostatice, a surmenajului, a disfuncțiilor vieții sexuale, a alergiilor. Factorul individual este hotărâtor, prin: a) sensibilitate algică; b) structură și

reactivitate neurovegetativă, endocrinohormonală și biochimică; e) psihism. Varietatea și complexitatea cazurilor fac insuficiente diversele clasificări propuse (cum ar fi și aceea în *hipoexcitabili* și *hiperexcitabili*).

În aceeași categorie de bolnavi intră și așa-numita *patraquerie* (Burnand)*: persoanele *slabe*, bolnăvicioase; nici lor nu le merge "niciodată prea bine, dar nici prea rău" (Roch); sunt stări patologice mai mult sau mai puțin stabilizate, devenite aproape constituționale, apiretice, de origine de obicei bacilară.

*

Pacientul care dorește să fie bolnav poate fi un simulant, un om de rea credință, ori un om care-și întreține boala sau chiar și-o provoacă (conștient). Pentru acest grup de pacienți, s-au propus mai multe etichete: *patomimie* (Dieulafoy-Bourget), *sindrom Münchhausen* (Asher), *boala Lucy* (după un poem de Wordsworth), *syndrome of hospital addiction* (Bagan); *peregrinating problem patiente* (Chapman).

Probleme de igienă psihică în medicina generală

Igiena psihică (și morală) privește nu numai profilaxia bolilor mentale, dar și profilaxia bolilor somatice, deoarece interacțiunea psihomatică este complexă și multilaterală. Există cauze psihice - dar și cauze somatice ale bolilor psihice, după cum există cauze somatice - dar și cauze psihice ale bolilor somatice. De la caz la caz, trebuie stabilit bilanțul etiologic și *patogenic*, renunțând la alternativa "sau psihic, sau somatic" (Kehrer).

Există *sindroame* care leagă organic tulburările psihice de cele fizice, cu nume diverse: sindromul general de adaptare (Selye), sindromul dezintegrării structurilor, tipul de relație exogenă acută, psihosindromul organic și sindromul de tulburare circumscrișă (Bash). C. Murphy vorbește despre trei mari căi pe care se poate ajunge la

* *Patraque* este o mașină care funcționează defectuos.

boală: *conflictul*, *frustrația* și *dezorganizarea*. În toate aceste situații, găsim o creștere de tensiune care depășește limitele de toleranță ale individului. Despre conflict, "cauză universală a bolilor mentale", au vorbit N. Mărgineanu și R. S. Lazarus. Primul, deosebește conflicte: *psihologice*, *biologice* (legate de "interferența între suflet și corp" și mai ales de perturbări somatice), *psihosociale* și de *evoluție*. Reducerea tensiunilor se poate face prin agresiune, resemnare, autoîngelare și prin *deplasarea* agresiunii: deplasarea întâmplătoare sau simbolică. După A. R. Luria (1932), cu cât nivelul la care apare conflictul este mai înalt, cu atât este mai mare și șansa de a găsi o soluție. O "problemă" insolubilă la nivel inferior poate fi solubilă la nivel simbolic (de ex. al limbajului) - dar nivelul mai înalt (de "altitudine") este și cel mai vulnerabil.

Nu trebuie să trecem cu vederea faptul că *sănătatea mentală* și fizică depind de condiții social-culturale date și că *traumele* sunt evaluate în raport nu numai cu temperamentul, ci și cu *Weltanschauung*-ul și cultura persoanei (s-a vorbit de *sociofiziologie* și de *psihiatrice culturală*).

*

Problemele *igienei mentale* sunt strâns legate de problemele de sociologie, economie, politică, organizarea muncii, dietetică; ca știință angajată, "igiena nu este aceeași când igienistul este creștin sau când este marxist" (Ferrabonc). După Poter, igiena mentală are drept scop "să caute în diferitele științe" tot ce este susceptibil să conserve echilibrul stării mentale, să-l amelioreze eventual, să-l ferească de psihopatii pe cel predispus. *Igienistul* are la rândul său o psihologie particulară: a cunoaște, a educa, a legifera. De fapt, igiena mentală se extinde și la profilaxia sau la combaterea toxicomaniilor (inclusiv a alcoolismului) și a crimei; pe de altă parte, în afară de igiena mentală a individului, ea cuprinde măsuri *eugenice* și de igiena mentală a colectivității. Orientarea și adaptarea psihică profesională, *educația* - sunt modalități de lucru în ultimul sector. Relațiile dintre educație și terapie au fost cercetate la noi de Sen Alexandru (1978).

Un principiu de bază al igienei mentale trebuie să fie recunoașterea faptului că "forța plastică a sufletului acționează ca un factor

natural, care participă atât la crearea *formei*, ca și la desfășurarea ulterioară a *proceselor* organice... ea poate să le facă să devieze spre boală, dar să le și îndrepte într-o direcție mai favorabilă" (Paul Schilder). Sau - mai categoric - se afirmă că "omul este în stare să-și modeleze procesele morbide" (L. v. Krehl).

O mare însemnătate o are igiena mentală a *vârstelor*. Ea trebuie începută încă "intrauterin" (deoarece afecțiunile sarcinei, distociile, traumatismele obstetricale - dar și starea nervoasă a mamei sau factorii nocivi de mediu, influențează fătul). Se spune despre Smiles că a răspuns mamei unui copil de un an, care venise să-i ceară sfaturi pedagogice, că a sosit *prea târziu* cu un an. Goethe scria că este o *enormă diferență* între situația în care trupul îți este un aliat și cea în care trupul îți este un adversar. De obicei, prin "igienă mentală" se înțelege igiena mentală a *adultului* - însă rezultatele sale depind în mare măsură de antecedentele *educative*. *Pedagogia caracterului face parte din profilaxia tuturor felurilor de boli*. Dar igiena mentală n-are numai rol antipatogen, ci și acela "de a crește bucuria de a trăi" (J. Klaesi) și de a îmbunătăți prestația. Același Goethe scria: "urăsc tot ceea ce mă instruește fără să-mi crească activitatea sau fără să mă însuflețească".

Nu sunt perimate *considerentele morale* în igiena mentală, chiar dacă azi nu mai admitem în general etiologia "etică" a unor boli. Nu este vorba numai de efectele "remușcărilor" (asupra cărora a insistat din nou, în ultimele decenii, H. Baruk), ci de efectele unei vieți ce decurge fără frână morală și chiar fără autocontrol. Poate că s-a pus un accent exagerat pe latura *afectivă* în psihogeneză (boli *timogene*) - când efectele patogene pot ține de *voință* și chiar de *intelligență*. Încă Ioan Hrisostomul atrăgea atenția asupra relației dintre lăcomie și obezitate: "corpul reclamă alimente și nu delicii".

În problema igienei mentale, esențiale sunt (conform concepției expusă de J. Rofé):

1) păstrarea și fortificarea sănătății fizice (*mens sana in corpore sano*), inclusiv prin sport, metode de gimnastică respiratorie, metoda Hatha-Yoga, cu educarea stăpânirii de sine;

2) exersarea funcțiilor sufletești (îndeosebi a memoriei și a atenției, inclusiv prin metode de tip Karma-Yoga);

3) existența unui "scop al vieții întregi" (Marc Aureliu). S-ar putea spune că *omul ideal* este omul cu un *ideal* (înalt). Numai un ideal puternic poate corecta întreruperile, abaterile, dezantrările;

4) activitatea cu intercalarea unor destinderi, după un ritm adecvat; lărgirea orizontului și un antrenament la "acțiunea adevărilor incomode... *Logical* trebuie să triumfe asupra *psihologicului* și suntem cu atât mai normali cu cât reușim (mai bine) în acest efort";

5) menținerea *egalității cu sine*, atât prin evitarea unor factori perturbanți, cât și prin exercițiul progresiv al rezistenței. "Efortul către normalitate" întâlnește, în fiecare zi, obstacole și încercări.

Pe scurt, s-ar putea spune că avem la dispoziție metodele *asanării mediului*, ale "dieteticii sufletului" (Feuchtersleben) și ale *antrenamentului*. Ele se integrează într-o *medicină formativă* (Al. Partheniu) sau într-o *psihosomatică autoformativă*.

Încheiem cu câteva observații:

1. Igiena nu trebuie confundată cu o știință a crușării forțelor cu orice preț, ca o știință a comodității și a păstrării sănătății ca bun suprem. Igiena nu este o anexă a egoismului și a instinctului de conservare. Sănătatea nu este numai o valoare *în sine*; este mai curând o valoare *prealabilă*, o premisă pentru realizări care să se înscrie în afara individului, pe plan social. Igiena nu trebuie confundată nici cu o știință a păstrării, a stabilizării echilibrului fizic și sufleteș, considerat ca stare optimă a vieții. Viața este progres, evoluție - iar rămânerea pe loc, chiar într-o stare de echilibru satisfăcător și plin de satisfacții, este *mai puțin* decât sănătate mentală. S-ar putea spune că motorul progresului uman este frământarea. Omul se judecă după productivitate, creativitate, capacitate de evoluție - și nu după rotunjirea formelor sale sau după gradul de veselie. De aceea, igiena sufletească nu este numai protecție, ci și antrenament; nu este numai *dietetică a sufletului*, ci și angajarea în aventuri nobile ale minții; nu este numai abilitatea de a evita primejdii, ci și eroism cotidian. Unii autori au considerat că unele nevroze pot apărea din cauză că activități de *luptă* și de *înfruntare a primejdiilor* nu mai solicită "omul progresiv domesticit" (H. Schulze).

2. Igiena mentală (psihică și spirituală), profilaxia mentală și morală - nu pot neglijă aspectele variate ale vieții sociale, culturale și politice. Un mare număr de indivizi instabili, antisociali, dezorientați,

perversi - își desfășoară activitatea în societate, "infectând" victime printr-un proces de veritabilă "contagiune morală". A. Carrel se întreba "pentru ce se izolează oamenii atinși de boli infecțioase și nu acei care comunică altora bolile lor intelectuale și morale? Pentru ce obișnuințele care provoacă afecțiunile organice sunt considerate ca periculoase - și nu acelea care produc corupție, criminalitate, nebunie?". O atenție specială o merită *prestațiile artistice* cu efecte perturbante și degradante. Operele literare sau cinematografice care etalează vicii au mai curând o acțiune *antieducativă* decât o acțiune de "imunizare la rău".

Evident, omenirea ar fi câștigat enorm dacă unii uzurpatori ai puterii politice (de ex. A. Hitler), dacă unii fanatici rățăciți, ar fi fost prezentați contemporanilor lor ca anormali psihici, psihopați sau chiar ca *veritabili alienați*.

3. După cum spunea Taine, "nebulnia" nu este un imperiu distinct și separat: "viața noastră ordinară se învecinează cu ea și cu toții intrăm într-însa printr-o oarecare porțiune din noi. Nu se pune problema de a fugi de ea, ci numai de a nu cădea în ea decât pe jumătate". Acest percept este cu atât mai prețios astăzi, când omenirea pare a se fi dezvoltat mai rapid pe plan intelectual și telnic decât pe plan moral și când condițiile nervoase și sufletești ale vieții civilizate urbane predispon la dezechilibru.

4. Bolile mentale bine caracterizate sunt relativ frecvente. Unul din zece americani are nevoie, la un moment dat al vieții, de asistență psihiatică, iar bugetul S.U.A. prevedea, la un moment dat, pentru îngrijirea bolnavilor mentali, o sumă comparabilă cu cea folosită pentru navigația cosmică! Dar, în afară de cei bolnavi, există marea categorie a celor care, din cauze ce rezidă în structura și în reactivitatea lor mentală, nu depun o prestație socială optimă, nu se bucură de viață, *constituie un izvor de nefericire pentru ambianța lor imediată*. Igiena mentală are în vedere tocmai de aceea și ameliorarea condiției umane, înțeleasă în aspectele sale caracteristice omenești.

Personalitate și boală

Psihologia bolnavului ca reacție la boală

Vorbind despre *persoană* și *personalitate*, am subliniat ideea că una dintre trăsăturile care deosebesc *persoana* de simplul *lucru* este o anumită modalitate a *reacțiilor* sale. Ideea de reacție (reacțiune) a fost introdusă în știință pentru a fi opusă ideii de spontaneitate. Reacție nu înseamnă "tendință la opoziție" față de influențele externe. Asemenea tendințe se întâlnesc însă în anumite sisteme. S-a remarcat faptul că, în anumite sisteme nevii, există *reacții fugitive*, care fac ca acțiunea perturbantă exterioară să-și piardă din eficacitate: o expresie a acestor reacții este (după L. Jendrassik) cunoscutul principiu al lui Le Chatelier. În sistemele de reglare automată, *reacțiile* de tip cibernetic asigură: fie echilibrul, prin anularea efectului perturbațiilor și revenirea la *statu quo ante* (în *homeostate*), fie continuarea executării unui program, cu toate că survin perturbații (în *servomecanisme*). În organismele vii, s-a dezvoltat nu numai reglarea homeostatică, ci și *secluziunea* (E. Racoviță), adică apărarea prin *izolare* (cochilii, blană etc). Reacțiile fugitive s-au transformat în "reacții de fugă". Sistemul viu este un sistem homeostatic, dar și un sistem în evoluție; aspectul de evoluție pe plan psihologic (intelectual, moral, spiritual) după încetarea creșterii (ontogenetice, somatice) este caracteristic omului. Conceptul de evoluție este mai important pentru o medicină antropologică, decât conceptul de homeostazie: după cum s-a spus, este necesar să și-l subordoneze. *Starea de sănătate* este aceea care permite libera desfășurare a evoluției; stagnarea (care nu e tot una cu repausul, cu contemplația etc.) este ea însăși o stare morbidă. O adaptare reușită nu este aceea care asigură supraviețuirea sau buna funcționare a

organelor - ci acea care nu stânjenește evoluția, desfășurarea persoanei, "superviețuirea" (după expresia lui Teilhard de Chardin).

Figurativ, interacțiunea organism-mediu poate fi asemănată și cu un dialog, fiind vorba atunci de *întrebare* ori *solicitare* și *răspuns*. Un răspuns poate fi o *ripostă*, atunci când răspunsul înseamnă *combateră* argumentelor. Despre ripostă vorbim, de asemenea, în *luptă*. Reamintim toate aceste noțiuni pentru a reactualiza, în capitolul de față, distincția făcută de D. Danielopolu pe plan fiziologic, între *reacție*, *răspuns* și *ripostă*. Sens de echilibrare, înlăturare, anihilare a influențelor mediului au numai *ripostele* elementului viu (sens teleonomic, după terminologia lui Pittendrigh, sau *biochimie*, după cea a lui K. Rothschild). *Reacția* este, de exemplu, contracția mușchiului la excitarea nervului motor; *ripostă* este tremorul muscular la frig. N. Botnariuc folosește termenul de "reacție adecvată" pentru riposta cu rol util (de apărare, de echilibrare, de homeostazie etc.).

În literatura fiziologică și psihopatologică, termenul de *reacție* este folosit indistinct pentru toate răspunsurile, reacțiile și ripostele sistemelor, atât pentru cele alospecifice, cât și pentru idiospecifice. Printr-o curioasă evoluție semantică, prin *reacție* se înțelege efectul în care este implicată activitatea, originalitatea și chiar spontaneitatea sistemelor vii. Două sensuri sunt subînțelese mai frecvent: a) cel de idiospecificitate; b) cel de tendință defensivă - care poate fi și (în psihopatologie): echilibrare, ripostă sau "fugă", secluziune sau compensare etc.

Aspectul *productiv* eventual adecvat al "reacției" bolnavului a fost subliniat cu claritate, mai întâi de către A. Binet și Simon (1910), într-un memoriu care n-a avut ecou. Acești autori se străduiau să izoleze elementele caracteristice, esențiale (de exemplu, în isterie-sugestibilitatea), de modul în care *personalitatea* se "comportă" față de simptomele specifice. Există deci factori reacționali (care nu sunt, întotdeauna, factori de ripostă); se poate vorbi despre "primirea" (*accueil*) de care se bucură manifestarea morbidă din partea personalității, de *atitudini*, de reacții *sănatoase* ori *morbid*e la simptomele morbide. Dar în generația următoare, psihiatria (și nu numai psihitria)

de inspirație psihanalitică a făcut uz larg de noțiunea de reacție, de "apărările" *ego*-ului, de rolul persoanei în sistematizarea, organizarea și interpretarea *morbidă* a unor simptome (eventual somatogene). Pe această linie s-a mers la exagerări ingenioase, dar și la observații de mare finețe. Bolnavul mental poate încerca să "raționalizeze" (să găsească *explicații* raționale) pentru ceea ce rupe din inconștient sau pentru o halucinație somatogenă - și astfel alunecă în fantastic și în delir. De fapt, *reacția* bolnavului față de simptomul îngrijorător este mult mai largă decât o abordare *explicativă* de fantasmagorii (de exemplu, se crede *important* pentru că se simte *persecutat*).

Meritul lui Binet și Simon este de a fi deosebit, în acest sector, simptomele de *deficit* de cele de *reacție* (care atestă deci *vitalitatea*, o "bionomie" și "psihonomie", intacte și operante). Pe plan fiziopatologic, distincția întâlnește pe cea datorită lui I. P. Pavlov - care a insistat asupra organizării, de către sistemul nervos, a apărării organismului (simptome "reacționale", în aceste sens fiind, de pildă, tusea, strănutul, diareea).

O idee asemănătoare domină doctrina homeopatică și doctrinele "naturaliste" (*Naturaheilkunde*): ultimele văd în toate simptomele bolii expresii ale unui *vis medicatrix naturae*, care se cer respectate. De menționat că nu întotdeauna sistemul nervos *avantajează* sănătatea somatică (există reflexe condiționate patologice, boli corticoviscerale, sindroame de iritație) și că rolul pe care-l joacă viața psihică pur-și-simplu pentru Viață, nu este totdeauna avantajos.* Acolo unde mijloacele "mediului interior" (sau ale automatismelor reglatoare) dau greș, este nevoie de intervenția "mediului exterior" (ca inginer al "biotehnicii" și al "psihotehnicii" umane). Aceste distincții nu coincid cu cel al liniei de gândire H. Jackson - H. Ey (deficit-liberare), nici cu cel al liniei de gândire a lui G. Roussy și M. Mosinger (care deosebesc fenomene de dezintegrare și fenomene "corelative" adică *neuro-ergonale*).

* Recent, Ecaterina Semen-Negrea a constatat, pe material abundent, că tumorile canceroase nu se dezvoltă la persoane cu deficit mental sau cu o viață psihică simplă.

Unitate și varietate a reacțiilor

Să examinăm câteva din *reacțiile persoanei* la fenomenul boală, reacții care se petrec în "domeniul" psihologic sau psihosocial.

Constatarea și recunoașterea bolii sunt situațiile "realiste", care reprezintă premisa unui tratament eficace și "rațional" (în dublul sens): a) al aplicării mijloacelor ce au întemeiere rațională, științifică, și b) al evitării apelului la mijloace inadecvate (superstiție, magie etc.). Aceste situații (care presupun luciditate, conștiință și o doză de eroism) nu sunt singurele pe care le întâlnim, chiar atunci când bolnavul este "conștient" din punct de vedere neurologic, "normal" din punct de vedere psihic și "competent" din punctul de vedere al cunoștințelor.

Ignorarea stării de boală poate proveni din lipsa simptomelor, din desconsiderarea lor, din ignoranța culturală, etc. În rare cazuri, *anosognozia* la exteriorizări evidente ale bolii (ex. paralizia unui membru) ține de deficite neurologice în integrarea informațiilor senzoriale și memoriale, nu putem vorbi însă de reacție a persoanei față de boală.

Negarea stării de boală este însă o reacție a Eului. În bolile grave, cu prognostic infaust, cum este cancerul, mecanisme subconștiente împiedică bolnavii să facă sinteza mentală a simptomelor și a cunoștințelor, ceea ce duce la neglijență (uneori fatală) în ceea ce privește luarea măsurilor care se impun. Această "ascundere față de sine" se poate manifesta, pe planul comportării, prin acte de *bravadă*, bolnavul expunându-se fără rost la situații riscante din punctul de vedere al sănătății, pentru a-și dovedi sieși și a dovedi altora că nu este bolnav sau că este *rezistent*. Dar ea se poate manifesta și printr-o lunecare pe panta culegerii averse a satisfacțiilor cotidiene, printr-o viață trăită cât mai intens sub semnul lui *carpe diem*. *Simularea sănătății*, față de sine și față de alții, are o evidentă amprentă axiologică: în momentele în care pierderea sănătății este un fapt consumat, bolnavul începe să acorde sănătății aprecieri maxime, considerând-o drept valoare *supremă* a vieții (când, de fapt, ea nu este decât o valoare *prealabilă*, o premisă pentru realizarea, pentru dobândirea sau pentru

aprecierea altor valori). Prin însuși faptul că este bolnav, pacientul se simte depreciat în raport cu lumea sănătoasă (sau aparent sănătoasă). "Masca" sănătății poate fi purtată cu multă naturaleză sau poate da - de la prima vedere - impresia de forțat, de artificial. Prin simetrie cu "fuga în boală" a multor nevrotici, se poate vorbi și de "fuga în sănătate" a unor caractere puternice, active, productive. În simularea *dramatică* a sănătății, schițată mai sus, se găsește altceva decât în minciuna interesată, ori câte implicații dramatice ar avea o comportare calculată (de exemplu minciuna celui care are nevoie de un certificat de sănătate pentru a fi angajat într-o muncă, pentru a se căsători etc.).

M. Minkowski (între alții) a descris o formă particulară a *negării* bolii, accidentelor etc., chiar în prezența unor semne și simptome evidente: *negarea verbală*, ca răspuns la *întrebări* - ținând de elemente de viziune *magică* la pacient. Într-adevăr, în cadrul viziunii magice, *cuvântul* este atotputernic; se crede că prin cuvânt se poate naște sau se poate șterge o realitate dezavantajoasă. Nu se poate trece însă cu vedere faptul că o *negație verbală* repetată acționează prin mecanisme de autosugestie, cel puțin asupra reflexului subiectiv al stării generale, principiu care stă la baza metodei psihoterapeutice a lui E. Coué. A repeta cu voce tare de zeci de ori în fiecare zi: "din toate punctele de vedere îmi merge din ce în ce mai bine" nu este o formă de autoînșelare, ci un act care se poate înscrie în dinamica psihosomatică a bolnavului. Nu spunea Pavlov că în cuvânt găsim un "excitant fiziologic real"? Prin aceasta el voia să sublinieze că un *cuvânt* poate influența *funcția viscerelor*. Dar cuvântul nu acționează *numai* ca excitant *funcțional* - el este un purtător complex de informație complexă.

Presupunând că pacientul și-a recunoscut starea de boală, el poate fi diferențiat după *atitudinea* pe care o va lua față de suferința legată de boală, față de boală, față de propriul trup etc. Atitudinea presupune grade (care pot fi foarte variabile!) de distanțare. Aceeași atitudine aparentă poate avea motivații și "structuri" diferite. Ca exemplu, *indiferentismul* poate ține de o mare distanțare observațională, raționalizatoare față de tine însuși, sau de o viziune pesimistă, depreciatoare, asupra lumii ori asupra propriei vieți. Atitudinile

deferente, pozitive și negative, depind în mare măsură de narcisism și de ceea ce s-a numit (impropriu) "instinct de conservare"; dar în ele se amestecă și reacții *secundare* ale personalității, legate de sentimentele de culpabilitate, ca și reacții *terțiare*, cu determinism cultural, cu rădăcini în concepția despre lume și viață (*Weltanschauung*), în orizontul spiritual etc. Nu este lipsit de interes să deosebim, în aceeași ordine de idei, două *tipuri* de atitudini (Häberlin):

a) aceea care s-ar putea numi *naivă*, și care, sub aspect negativ, cuprinde neliniștea, grija, solicitarea, dezamăgirea – dar care poate cuprinde speranța, liniștea, bucuria, norocul, fantezia;

b) aceea care s-ar putea numi *problematizantă* – și în care intervin judecăți de valoare, raportări la coordonatele existențiale și căutări de sens ori semnificații. Pentru G. Marcel, omul care-și merită numele de om este *l'homme problématique*.

"Omul care problematizează" nu va vedea, în boală, numai un accident sau incident al substratului său biologic, ci va căuta în ea o semnificație mai generală: fie o semnificație privind *propriul său destin*, fie o semnificație "revelatoare" pentru structura și dinamismul universului. Este boala numai o "întâmplare", un nenoroc? Sau *nimic nu este întâmplător, înscriindu-se pe o linie de evenimente inevitabile*, ce alcătuiesc o structură coerentă (și nu haotică)? În *Weltanschauung*-ul mecanicist clasic, exprimat ("în mod clasic" de către Laplace, fiecare "întâmplare" omenescă își are "locul" în desfășurarea lumii, așa cum un "loc" anumit și-l are și o mișcare planetară. V. Conta, adoptând o asemenea viziune asupra lumii, a etichetat această teorie materialistă ca fiind o "teorie a fatalismului". Dar fatalitatea poate fi privită și întraltfel. Răspunsurile omenesti la experiența nenorocirii se situează – după părerea unor etnografi – pe un continuum între doi poli, exprimați respectiv de către legenda biblicului Iov și de către mitul lui Oedip (M. Fortes, 1959). "Principiul oedipal" poate fi rezumat în noțiunea de soartă sau destin, Oedip fiind victima unor influențe inscrutabile. Principiul lui Iov este cel al "justiției supranaturale", personajul fiind legat *contractual* cu o Persoană Supranaturală. *Omenesc* este însă modul de a *reacționa* față de boală, implicând ambianța umană imediată. Mecanisme subconștiente duc la

căutarea *cauzei* bolilor, mai întâi sub forma unui *vinovat*, unui personaj uman. De la ideea vrăjitoriei (acțiune premeditată!), căreia bolnavul i-a căzut victimă, până la ideea subtilă a rolului involuntar pe care-l are o persoană apropiată în psihogenie, se întâlnesc variante multiple ale acestei tendințe de *personificare* a agentului patogen. Un mecanism înrudit este cel prin care se caută un "țap ispășitor". Pentru că, în fața situațiilor dificile, *unele* persoane suferă o regresie spre modalități infantile (sau, în general, primitive) de interpretare și de conduită, această *personificare* poate primi și semnificația unei regresii. Iruperea "mentalității magice" poate îmbrăca forme cunoscute în psihiatrie: în ordinea de idei care ne interesează, o însemnătate reală o are "lărgirea câmpului semnificațiilor" evenimentelor, obiectelor și persoanelor din jur, care sunt întrevăzute din ce în ce mai mult sub aspect *malefic* (aducător de nenorociri). Pe această linie, mecanismele psihice (de astă dată ele înșile *morbide*) pot ajunge la un delir sistematizat. Pentru un paranoic, realitatea nu mai este împlerire de necesitate și de hazard, de intenționat și de fortuit, de semnificativ și de contingent: orice detaliu întărește bănuiala, *ansamblul* mecanismelor universale este orientat malefic către persoana bolnavului. Universul "magic" este rău *intenționat*. (Această interpretare diferă de cea "mistică", unde intenția este atribuită lui Dumnezeu).

Situația morbidă este, în orice caz, raportată explicit sau mai puțin explicit la câteva *coordonate* fundamentale. Una este legată de voința de afirmare și putere – pe planul tendințelor (A. Adler), de voința de valoare – pe plan spiritual (E. Speranția). În termeni uzuali, vorbim de *complexe de inferioritate*. Starea aceasta poate genera conduite de *agresivitate*. O altă coordonată este legată de sentimentele de culpabilitate, care (la unele persoane) sunt sentimentele cel mai ușor de suscit. Există, corelativ, tendințe autopunitive (prin mecanismul proiecției – și acestea pot ajunge, uneori, la agresivitate). Atitudinea contrară se învecinează însă cu cinismul. Sentimentul de *deprimare* a fost interpretat, din punct de vedere psihodinamic: a) în lumina polarității autopedeptare-cinism (Hesnard); b) în lumina polarității inferioritate-agresivitate (Adler); c) în raport cu speranța și cu "timpul trăit" (E. Minkowski).

Se înțelege cât de complicată este descifrarea atitudinii bolnavului față de medic; medicul face parte atât din ambianță, cât și din mijloacele virtuale de combatere a bolii sau de apărare a eului față de boală. "Reacțiile" bolnavului se pot repercuta asupra medicului care poate deveni obiect preferențial de proiecție (eventual "țap ispășitor"). Tendințele de *depreciere* a eforturilor sau a cunoștințelor sale sunt eventualități de care trebuie să se țină seama întotdeauna.

Atitudinea bolnavului se concretizează în *decizii* cu privire la comportare, tratament etc. Următoarele variante sunt dintre cele mai întâlnite:

1. Atitudinea activă, combativă, de luptă cu boala. Bolnavii care au această combativitate și-o pot exercita "direct" sau prin mijlocirea personalului medical, cărora li se "abandonează". Bolnavii aceștia sunt bolnavi "buni", ascultători, grijulii, care colaborează cu medicul.

2. Pentru mentalitatea noastră europeană din secolul electronic, ideea că sănătatea este un bun de mare preț, iar boala este o situație în general negativă, reprezintă aproape o axiomă. În mentalitatea primitivă totuși există (sau mai persistă) și credința după care boala trebuie respectată, *izgonirea* ei putând atrage rele încă mai mari din partea forțelor care au "trimis-o". Se ajunge astfel la situația paradoxală în care bolnavul vindecă cere despăgubiri medicului (Lévy-Bruhl).

3. Indiferentismul în fața bolii poate avea o motivație *religioasă*. Legenda biblică a lui Iov include nu numai raportul "interpersonal" bolnav-creator, ci și încrederea absolută în actele creatorului, în "rațiunea sa superioară", chiar atunci când ea este neînțeleasă pentru creatură. Acel "Domnul a dat, Domnul a luat, fie numele Domnului binecuvântat" exprimă o anumită modalitate de *resemnare*. Una dintre "rațiunile superioare" poate fi sacrificarea individului pentru un interes suprapersonal (această teză este întâlnită și în filosofia laică). Alta este tocmai *punerea la încercare* a persoanei umane - iar acest moment se găsește de asemenea implicat în legenda lui Iov.

4. Resemnarea în situația bolii incurabile sau a infirmității este o restructurare a personalității cu semnificație adaptivă. Combativitatea

poate fi alimentată prin *revoltă*; dar o revoltă incapabilă de a dinamiza o acțiune pozitivă, în vederea vindecării, nu are sens.

5. Complacerea în situația de boală este altceva decât resemnare. Motivația poate fi diversă: de la "fuga în boală", care aduce unele avantaje materiale, sociale sau sufletești, până la intențiile auto-punitive sau narcisismul ambivalent (dragostea pentru tine, deza-măgătită, se transformă *parțial* în ură).

6. B. Pascal a conceput o rugăciune pentru "buna folosire a bolii". *Le bon usage de la maladie* nu este un simplu mod de a vorbi. Boala nu trebuie privită ca un rău absolut, ca un rău "pur". Ea poate aduce avantaje de ordin psihologic, spiritual, material, social. Aceasta nu înseamnă că *bilanțul* bolii este de obicei pozitiv, ci numai că "fiecare rău poate avea partea sa de bine". Rolul bolii în biografia *psihică* a individului trebuie cercetat cu atenție, în fiecare caz în parte. Ideea că boala "ar putea fi folosită" constituie un element important în fiecare act psihoterapeutic (A. Mauriac).

7. Boala este, oricum, o *experiență de cunoaștere*, permițând între altele: deschiderea unor ferestre către lumea suferinței; autocunoașterea (relevarea ființei autentice în "situații-limită"); contactul cu profesiunea medicală, cu și fără măști; aprecieri asupra valorii practice, concrete a medicinei etc. Aceste îmbogățiri pe linie de informație nu trebuie considerate ca *epuizând* drama psihologică și spirituală generată de trăirea bolii. Întrebările filosofice generate de această trăire sunt alt act al dramei; o parte din acestea au coloratură etică.

8. Boala impune o *reorganizare a vieții*, temporară sau definitivă ("cotitură"). "Cotitura" poate fi determinată nu numai de sechele indelebile, de infirmități, ci și de *experiența psihologică* a bolii, care - scoțând persoana din stereotipul vieții cotidiene, confruntând-o cu o "situație limită", o obligă la reconsiderarea scării de valori și a oamenilor din ambianța imediată.

Aceste "reacții" legate de atitudine sunt numai o parte din concomitențele și urmările psihologice ale unei boli. Simptomatologia psihică alospecifică aparținând cadrului nosologic respectiv, de obicei de ordin deficitar, se datorează atingerii substratului nervos (infrastructurii nervoase); ea poate fi însoțită de reacții *secundare*, compen-

satoare sau nu. Tot din categoria perturbărilor face parte ceea ce reprezentanții psihologiei dinamice numesc *slăbirea ego-ului*, a acelei instanțe care ține echilibrul dintre conștient și inconștient și - totodată - echilibrul dintre *super-ego* și *Id*. Slăbirea ego-ului poate tulbura atât viața pulsională, cât și viața spirituală. Slăbirea ego-ului este un efect nespecific, putând apărea în urma traumatismelor și dramelor psihice, în urma epuizării nervoase (prin oboseală, surmenaj, tensiune cronică), în urma atingerilor toxice sau toxiinfecțioase neurotrope, ca reperкусиune a bolilor somatice etc. Slăbirea ego-ului poate reactualiza un conflict, deci efectele de durată sunt idiospecifice. Ca "efecte" tardive ale bolii pot fi considerate și unele regresii sau involuții, care duc la degradarea sau la depreciere mecanismelor psihice ("subducțiuni"). Când efectele nu afectează mecanisme izolate ale vieții neuropsihice ci ansambluri structurate și fondul mental, putem vorbi de o *restructurare* a persoanei.

Poate că este util să deosebim, în cadrul consecințelor psihice ale unei boli, și anumite *ecouri*, "răsunete", evident idiospecifice, care sunt fie reacții temperamentale, fie rememorări (actualizări mnemonice) ale unor situații asemănătoare, trăite sau văzute în trecut. Ele pot complica problemele terapeutice și cer un supliment psihoterapeutic adecvat.

Boala și biografia psihică a persoanei

Să revenim la problema *bolii în raport cu biografia psihică a individului*.

Este incontestabil faptul că numeroase boli apar ca "fruct" al unor predispoziții endogene, legătura dintre boală și temperament fiind mai mult decât aceea dintre "teren" și o sămânță care a încolțit și s-a dezvoltat pe acel teren; între temperament și boală există atunci identitate de "natură" și legătură inteligibilă, comprehensibilă. Criza epileptică "crește" în acest fel pe constituția epileptoidă, schizofrenia - de asemenea, pe constituția leptosom-schizotimă, psihoza maniaco-

depresivă pe constituția picnic-ciclotimă. O interpretare eronată a biotipologiilor moderne de inspirație psihiatrică (printre care cea mai cunoscută a fost aceea a lui E. Kretschmer) a dus la criticarea lor pe motivul că starea de sănătate ar fi privită ca un sindrom psihiatric atenuat. În realitate intenția autorilor acestor biotipologii a fost de a considera unele boli psihiatrice drept variante extreme umane într-o scară continuă.

Legătura "inteligibilă" poate fi întâlnită și în alte cazuri, studiate mai ales de A. Adler: "defecte" mici sau mari, fizice (somatice) sau psihice, recunoscute de persoană, antrenează reacții de compensare și de supracompensare. Bolnavul - sau infirmul - își învinge "complexele de inferioritate" devenind un *om superior*. Acest fapt are repercusiuni nu numai asupra performanțelor somatice sau psihice, ci și asupra liniei de destin (alegerea profesiei, participarea la anumite evenimente etc.).

Psihanaliza ortodoxă (S. Freud și alții) a atras atenția asupra însemnătății traumelor psihice ale copilăriei, pentru dezvoltarea nevrozelor și a perversiunilor *de mai târziu*. După cum am menționat, medicina psihosomatică a extins schema aceasta de interpretare și asupra unor boli viscerale, înțelese ca nevroze somatizate.

Pe noi ne interesează însă mai mult repercusiunile bolilor asupra biografiei ulterioare a individului, considerând viața sa psihică și spirituală ca o verigă de accident sau incident, dar există și boli care sunt momente cruciale (de răscruce) în viața individului. Cotiturile realizate pot fi "din cauza bolii" sau "cu ajutorul bolii". Boala, limitând libertatea și obturând uneori definitiv anumite canale de manifestare ale persoanei, *obligă* la o restructurare a vieții exterioare și interioare, a proiectelor de viitor, a aspirațiilor. Exemple semnificative de adaptare a existenței la boală găsim în biografia marelui biolog Ch. Darwin și a psihiatrului și filosofului german contemporan K. Jaspers, a compozitorului maghiar Kalman etc.

*

Boala și suferința obligă la *interiorizare*. Acest efect poate fi productiv pe linie personală, dar și pe linie culturală sau și politică (în ultimul sens sunt instructive mărturișirile lui F. D. Roosevelt, care toată viața a fost paralizat în urma unei poliomielite contractată la tinerețe).

Boala și suferința pot fi însă și o ocazie de a părăsi planul superficial al aparențelor, pentru a *adânci* problemele existenței. Această ocazie a fructificat în lungul multor milenii spiritualitatea omenească, de la Budha până la O. Wilde (*De profundis*).

În cadrul de față, nu ne putem opri asupra valorii creative a bolii *pentru cultură*; în capitolul de față ne interesează în primul rând rolul ei creator pentru *personalitate*.

“Buna folosire a bolii” se poate manifesta pur și simplu prin *clipele* de răgaz pe care le oferă bolnavului, scos din ritmul *trepidant* al vieții zilnice. În jurnalul lui Stendhal se găsesc astfel de observații. Numeroși tuberculoși și-au putut completa cultura prin lecturile efectuate în timpul curelor sanatoriale. Claude Bernard - experimentator harnic până la surmenaj - a scris celebra sa *Introducere în studiul medicinei experimentale* în timpul convalescenței după o enterită coleriformă, convalescență pe care și-a petrecut-o departe de Paris, la via sa din provincie.

“Buna folosire” a bolii nu este la îndemâna fiecăruia, ea presupune un anumit nivel de evoluție spirituală. “Buna folosire” în interesul culturii presupune genialitate. Firile “slabe de îngeri” se cufundă în suferință, în agitație și în anxietate. Modul în care boala transformă personalitatea acestora este, în general, regretabil: o “rea folosire” a bolii. Desigur, ar fi exagerat să punem accentul pe aspectele *pozitive* ale unor boli. Dar evidențierea acestei eventualități - în cadrul psihoterapiei uzuale - poate împiedica deformarea în sens nedorit a caracterului prin boală.

Cel care a dezvoltat literar teza după care boala și proximitatea morții este o inegalabilă școală a personalității a fost Th. Mann (*Muntele vrăjit*). Și pe plan fizic (somatic) există un *bon usage* al bolilor. Folosirea malarioterapiei în paralizia generală progresivă, a

terapii convulsivante în psihoze - sunt numai două exemple. Ideea de a trata o boală prin provocarea uneia suplimentare a fost ironizată de G. Papini în al său *Gog*.

Despre semnificația detaliilor corporale

La copil, corpul începe prin a fi un puternic *centru de canalizare*. Copilul nou-născut găsește satisfacții în funcționarea organelor. G. Murphy vorbește despre “pulsioni senzoriale” satisfăcute prin privire, ascultare, pipăire; există nevoia de a schimba forma și direcția mișcărilor etc. Copilul este preocupat în mod manifest cu propriul corp în primele luni și chiar în primii ani. Se poate vorbi de o ancorare *afectivă* în existența sa fizică (somatică). Corpul este - pentru copil - o prezență continuă și obiectul cel mai interesant, mai important și (probabil) cel mai îndrăgit. După unii autori, percepția propriei persoane și percepția celorlalți se dezvoltă împreună. Printre “ceilați” rolul cel mai însemnat îl are, firește, mama. “Sentimentul” pe care embrionul îl îndreaptă (?) exclusiv spre eul său somatic, sugarul îl împarte între sine și mamă.

Un interes intens (sau o “afecțiune” deosebită) pentru o parte *particulară* a corpului (producând de asemenea o fixație în sensul psihanalitic) poate perturba “viziunea” asupra corpului - luat ca întreg. Dacă partea este socialmente inacceptabilă (ca în cazul nasului lui Cyrano de Bergerac), sau inacceptabilă din alte puncte de vedere, ea devine centrul unei preocupări neurotice de autoconștiință. Unii bolnavi se devotează sau se identifică ca o parte a corpului lor (Horowitz a descris un pacient identificat cu mâna sa dreaptă și străduindu-se să o așeze în situații favorabile). Indivizii centrați pe “oralitate” își exprimă orientarea prin vorbire, fumat, cântat, mâncat, băut etc.

*

În această ordine de idei, trebuie să subliniem că organele, țesuturile, umorile au, pentru fiecare conștiință sănătoasă și morbidă -

și o altă valoare decât aceea care le este atribuită de către tratatele de fiziologie. Gândirea simbolică, gândirea magică, gândirea spiritalistă, gândirea "metaforică" - furnizează în fiecare cultură imagini de circulație despre aceste "alte semnificații" ale propriului nostru corp. Gândirea magică este (desigur, nu în exclusivitate) la originile opoterapiei și organoterapiei primitive, ca și a multor tratamente empirice (și a pseudotratamentelor) cu resturi de organisme vii, cu secreții și excreții etc. În cultura actuală, legăm inima de viața afectivă (*la raison du coeur* a lui Pascal) și creierul de viața rațională (cerebralitate = intelectualitate "rece") - dar conexiunea a fost gândită și altfel în cursul istoriei filosofiei, anatomiei, fiziologiei. Când un bolnav leșină la prelevarea a zece mililitri de sânge, el nu o face pentru că a pierdut sânge, ci pentru că a pierdut sânge. Psihanaliștii mai vorbesc de o *investigație libidinală* a organelor, care depinde nu numai de vârstă, ci și de trecutul și prezentul patologic, de imaginile mentale (ele țin de influențe culturale, dar și de "inconștientul colectiv" postulat de C. G. Jung: *arhetipuri*).

Psihanaliza a mai descoperit valoarea simbolică atribuită unor acte fiziologice (de exemplu, analogia între defecație-naștere), a unor acte medicale etc.

În afară de sânge, semnificații *axiologice* (legate de valoare și devalorizare) au saliva ("scuipatul"), urina și fecalele (în calitate de necurătenii) și lichidul seminal. Ultimele trei secreții și excreții au o semnificație genital-sexuală asupra căreia nu putem insista. Medicina veche (încă cea hipocratică!) considera urina ca pe o *sinteză* de umori, reflectând fidel personalitatea biochimică a bolnavului.

Termenul "poluție" a fost creat în cadrul unei viziuni "peiorative" asupra sexualității. Chateaubriand o descria mai adecvat ca "pierderea unor scânteii ale aceluia foc care înseamnă transmiterea vieții". Nu trebuie să scăpăm din vedere faptul că vechii evrei pedepseau cu moartea obiceiul lui Onan de a împrăștiia voluntar sămânța "pe pământ" în scop anticoncepțional.

În așa-numita *anatomie psihoculturală*, s-au cercetat conotațiile de mentalitate populară ale diferitelor organe și funcții ale organelor, așa cum rezultă din expresiile lingvistice și folclorice. Se iau în

considerare elementele lexicale, locuțiuni, proverbe, zicători, metafore, expresii, tabu-uri, înjurături, nomenclatură diversă (plante, animale, obiecte), elemente de folclor, superstiții, mutilări, tatuaje, măști etc. Examinarea unui astfel de material este relevantă pentru aspecte care se întind de la fiziologie, etologie (zoologică), personalitate de bază (cu fundamente de inconștient "freudian" și arhetipuri - inconștient "jungian), la modele culturale, simboluri și axiologie. Expresii ca: "mi se taie picioarele" sau "mi se oprește inima" sau "se face alb la față" traduc observații empirice de corelații psihosomatice în emoție. Expresia: "ține ca la ochii din cap" traduce aprecieri de valoare. Expresiile: "este un om de inimă" sau "este un cap deosebit" traduc o viziune anatomofiziologică poporană (populară). Uneori este greu să stabilim ce este cultural și ce este etologic: "bate palma" sau "strângerea de mână" amintesc contacte antiagresive de la primatelor subumane. Totodată, faptul că numai pentru cuvântul "mână" se găsesc, în *Dicționarul limbii române*, câteva zeci de expresii lexicale, indică și polifuncționalitatea fiziologică, comportamentală, expresivă și simbolică a acestui organ.

Importantă este reconsiderarea oricărei specialități medicale dintr-o perspectivă antropologică *latu sensu*. Antropologia de azi, ca știință multi- și interdisciplinară, descifrează dialectica biologicului și socialului în viața concretă și oferă un cadru interpretativ larg pentru detaliile vieții umane. Medicul este dator să înțeleagă amănuntele corpului omenesc și abaterea de la starea de sănătate, de "normalitate" statistică sau numai de *la un ideal*, în funcție de contextul psihologic, social și cultural al *biografiei individului*. Antropologia îi oferă o vedere de ansamblu asupra variabilității fenomenelor umane în spațiu și timp; fără să ocolească datele și interpretările biologice, ea le depășește într-o viziune integrativă și nuanțată a lor. Vom da un exemplu.

Dintele nu este, poate, organul cel mai reprezentativ pentru fenomenul "om" sau pentru aventurile sale biologice, psihologice, culturale și patologice; el are, însă o relevanță antropologică la fel de bogată ca și mâna despre care antropologii, psihologii și filosofii au scris atât de mult.

În procesul de evoluție al hominidelor, de transformare a botului mamiferelor în față umană, au început să se formeze ideile valorii extremității cefalice în selecția naturală. Fața umană cu aparatul ei dentomaxilar devine o importantă parte a organismului uman, deoarece ea este sursa de energie, prin importul de alimente, sursa orientării în spațiu prin organele de simț pe care le adăpostește, sursa perpetuării speciei - fața devenind și elementul de atracție a sexului opus. În evoluția omului, Darwin include, alături de selecția naturală (considerată luptă pentru existență) și selecția sexuală, determinată - printre altele - de aspectul feței celor două sexe. Rolul feței în identificarea partenerului sexual a fost recent subliniat de Desmond Morris.

Descrierea dinților în capitolul anatomofiziologic consacrat aparatului digestiv este o simplificare didactică. Funcționalitatea dentiției este multiplă: încă din primele milioane de ani ale evoluției vertebratelor, când a apărut la pești, a fost o armă de atac, de apărare, apoi de amenințare. Este una dintre funcțiile *comportamental-etologice* ale dentiției, prelungită la animalele superioare prin funcțiile sale psihologice. Primatele superioare subumane, ca și strămoșii noștri preumani, aveau canini dezvoltati nu atât pentru a mușca, cât mai ales pentru a "rânji" amenințător și pentru a obține pe această bază, alungarea adversarului sau o poziție ierarhic-dominantă în grup.

O altă funcție ce aparține acestei sfere este cea *comunicativă*. Printre sunetele pe care se fundamentează vorbirea sunt și dentalele (ca *d* și *t*): este de notat că, în comunicația prin sunete, cea interumană se folosește mult de consoane, în timp ce multe specii animale pot vocaliza.

Aversitatea și agresivitatea animală, ca și cea umană, sunt strâns legate de dezvoltarea aparatului dentar (amintit de colții mistrețului, de dinții veninoși ai șerpilor). O atestă numeroase locuțiuni (ca cele în care intervine cuvântul "a mușca"). Odată cu apariția dinților de lapte, relațiile dintre sugar și mamă se schimbă; în această fază se întemeiază legături între alimentație, *Eros* și agresivitate. Dintele este un organ de *expresie* nu numai de furie, frică sau ciudă, ci și însușirile de

reținere și stăpânire de sine, care definesc superioritatea caracteriologică ("strângem din dinții").

Dacă numim, pe scurt, *dinte fiziologic*, semnificația de bază, fiziologică, a dintelui, atunci anexarea sa la aparatul digestiv reprezintă *dintele alimentar*. În pagina precedentă, am trecut în revistă și *dintele etologic*, *dintele comunicațional*, *dintele "polemologic"* (legat de luptă), *dintele expresiv*, *dintele erotic*. Ultimele accepții nu epuizează însă *dintele psihologic*; în lumea umană, dintele poate dobândi multiple semnificații. Lumea umană este o lume a valorilor: economice, estetice, etice etc. - deci vom avea de luat în considerare și *dintele axiologic* (sănătatea este ea însăși o valoare!). Rolul estetic al danturii este ilustrat de manevrele și alterările la care o supun unele popoare exotice (modele culturale, *dintele cultural*). Dinții proprii pot fi purtați în gură ca un ornament, după cum dinții de animale pot fi purtați la gât ca o bijuterie. Se completează aici *dintele util* cu *dintele estetic* (de ex., cel îmbrăcat în aur, fără a exista o motivație medicală - obicei răspândit în unele zone etnografice din țară). Aici, *dintele economic* este și un simbol de status social, deci un *dinte simbolic*. Dar fiecare parte din corpul nostru are, în afară de rolul său fiziologic, o valoare simbolică pentru personalitatea noastră; investim organul cu o însemnătate ce nu are legătură directă cu fiziologia sa.

Dintele simbolic mai are și alte valențe. Poate fi *dinte ludic* (de joc); poate fi auxiliar în muncă (*dinte ergologic*); el este, oricum, un *dinte senzitiv*, nu numai prin receptorii algici, ci și prin combinația la senzorialitatea zonei orale și la auz, sau la variatele plăceri ale zonei orale (*dinte hedonic*).

Un organ atât de multifuncțional se poate degrada, pierzându-și din valențe (un dinte devitalizat este doar o piesă mecanică). "Saltul calitativ" spre patologic preschimbă dintele într-un corp străin, uneori autoagresiv (infecția de focar). Dintele mai este un *calendar biologic* - și, în prima parte a vieții, ne atestă "adevărată" vârstă (cea biologică) și este un subsistem "numărat" și construit bucată cu bucată (numărul lor este prescris exact în zestrea genetică). Faptul că dintele se uzează cu vârsta a constituit o sugestie pentru interpretarea îmbătrânirii ca fenomen de uzură, dar uzura este caracteristică fiecărei epoci culturale

și fiecărui tip antropologic (Firu). În sfârșit, subliniem că dantura (și "mușcătura") au un grad de singularitate, de specificare individuală, similară cu cel al dermatoglifelor (Firu).

Tip de personalitate și răspuns la medicamente

După cum am mai menționat, existența variabilității interindividuale (morfologică, fiziologică, psihologică) se exprimă nu numai prin variații *cantitative* în ceea ce privește răspunsul la medicamente (ca și la substanțe toxice sau alimentare), ci și prin variații *calitative*. Există o trecere pe nesimțite între idiosincrazie (determinată ereditar, prin lipsa unor enzime, sau imunologic -, printr-o alergie dobândită), prin variațiile *de sens* ale efectului unei substanțe administrative și reacțiile de tip placebo, despre care vorbim la momentul potrivit. Unele dintre aceste particularități reactive depinde de "temperamentul biochimic", enzimatic sau endocrin, altele de tipul de sistem nervos, altele se leagă strâns de aspectele psihice ale personalității umane. Astfel, administrarea agenților psihochemoterapeutici duce uneori la răspunsuri "paradoxe". De exemplu, fenotiazinele, care au însușiri *farmacologice* calmante, pot să determine o creștere a agitației și a anxietății. Discutând acest fenomen, G. Sarwer-Foner (1957) a presupus că, în unele dintre cazurile respective, efectul farmacologic tipic al drogului tranchilizant suprimă sau interferează cu activitățile folosite de pacient ca *apărări majore* împotriva unor conflicte inconștiente. Bunăoară, persoanele care "caută" o *stimulare externă* în chip de comportament de luptă, au nevoie de un *control extern* pentru perturbările endogene ce ar apărea sub formă de gânduri, afecte ori fantezii. Suprimarea interacțiunii active cu ambianța (prin sedare, hipnotice sau inhibiția motricității) poate duce, de aceea, la panică, la agitație sau la creșterea anxietății.

Deși problema nu este încă clarificată (se pare că, în această privință, există și diferențe după sex), ea merită să fie reținută - nu numai pentru cercetări ulterioare, ci și pentru reala sa importanță practică imediată.

Psihologia medicală a vârstelor și a sexelor

Considerații generale

Sistemele vii sunt sisteme *evolutive*. Indivizii (*persoanele*) se nasc, cresc, se dezvoltă, se maturează, involuează, mor. "Totul curge" în această lume (*panta rei* a lui Heraclit) - iar pentru "curgerea în timp" a vieții individuale, Max Brüger a propus termenul de *bioreutică* (în particular, pentru aspectele somatice - a vorbit de *biomorfoză*). Bioreutica se ocupă cu modificările *de vârstă* ale organismelor. Un aspect particular al bioreuticii ar putea fi numit "psihoreutică": studiul modificărilor legate de vârstă ale vieții psihologice - inclusiv ale vieții spirituale. Pentru *biologia* vârstelor, C. I. Parhon a propus (1928) termenul *ilikibiologie*. Se poate vorbi însă și de o *ilikipsihologie* și de o *ilikisociologie* - sau, pe scurt, după noi, de o *ilikilogie*.

Fideli principiilor care ne călăuzesc în redactarea acestei lucrări, ne vom mărgini să dăm câteva repere și perspective, să formulăm unele probleme și să trecem în revistă câteva soluții propuse. Ele vor ajuta cititorul la o abordare preventivă a realității concrete.

Etape, stadii, crize

Conceptul de *stadiu de dezvoltare* este larg răspândit în biologia și în psihologia contemporană. Deși acest concept este de folosință curentă în psihologia copilului încă de la începuturile sale (bunăoară,

de la J. J. Rousseau), cele dintâi tentative de determinare precisă a acestuia se întâlnesc relativ recent, în lucrările lui S. Freud și ale urmașilor săi, ale lui J. Piaget (întemeietorul "psihologiei genetice"), ale lui H. Wallon și ale lui Gesell.

Pentru Freud și pentru Piaget este caracteristică abordarea abstractă unidimensională; ea se traduce printr-un proiect de cercetare bine determinat, formulat într-un cadru teoretic doctrinal. În studiul copilului și al stadiilor sale de dezvoltare, acești autori au dorit să găsească verificări de ipoteze (la J. Piaget: ipoteza evoluției *continue* de la forme biologice la forme logice) sau explicarea formării unor simptome întâlnite în psihopatologia adultă (la psihanaliști). Ambii autori urmăresc existența unei tendințe originale, unică și permanentă: tendință asimilatoare (respectiv libidinală), orientată prin ereditate către cercetarea echilibrului (respectiv a plăcerii). Manifestările succesive ale acestei tendințe, în cursul psihogenezei, iau forme variate care definesc tocmai *stadiile*. Fiecare stadiu este o complexificare progresivă sau o diferențiere a celui precedent, care-l condiționează pe cel următor. Dezvoltarea decurge în virtutea unui fel de "putere autogenă autocreatoare a tendinței originale", tendință care se desfășoară în urmărirea obiectivului său: obiectul *cunoașterii* la Piaget, obiect fizic material; obiectul *dorinței* la Freud, obiect uman. Dar obiectul fizic este stabil, pasiv, deci întotdeauna asimilabil, odată cu trecerea timpului, cu prețul unor acomodări; de aceea, pentru Piaget, tendința asimilatoare ajunge progresiv și în mod necesar la echilibru, iar dezvoltarea ne apare ca fiind calmă, regulată, omogenă, progresivă, orientată. În schimb, obiectul uman este activ, capricios, rebel, niciodată complet asimilabil, tendința libidinală este adesea frustrată, amenințată de eșecuri, de opriri și de regresii; de aceea, dezvoltarea ne apare (după Freud) ca fiind conflictuală și dramatică.

La Wallon și la Gesell, abordarea este concretă și multidimensională. Copilul este luat "așa cum este", ca o ființă vie, cu întreg comportamentul său și ansamblul condițiilor în care se dezvoltă. Analiza dezvoltării nu folosește cadre conceptuale prealabile; elaborarea stadiilor se efectuează prin comparații multiple (ale copilului cu alți copii și cu el însuși), metodă care duce la identificarea unor

momente caracterizate printr-o orientare specifică ce polarizează ansamblul comportamentului (ele au un *stil*; li se poate trasa un *profil*). Natura stadiilor, la Wallon, trebuie căutată în preponderențe funcționale. Factorii multipli de ordin fiziologic, social, fizic și psihologic intervin pentru a face să apară *noutăți* în conduită, prin ele copilul trece de la un *nivel* de maturitate la altul, de la un stadiu la altul *superior*. Trecerile comportă disocieri și remanieri care se traduc prin oscilații, și, câteodată, prin *crize*. Dezvoltarea nu este regulată, ci cu *discontinuități*: decurge prin salturi, prin faze alternante. De fapt, dezvoltarea este totodată continuă și discontinuă: continuitatea exprimă unitatea ființei în dezvoltare, solidaritatea momentelor succesive și continuarea unora în altele – în timp ce discontinuitatea (care fundamentează, de fapt, noțiunea de stadiu) traduce multiplicitatea calităților care apar succesiv. Momentele calitative succesive sunt legate intrinsec de noțiunea de dezvoltare, în timp ce noțiunea de criză exprimă intenșitatea, anplerea schimbărilor calitative (putând exista și o dezvoltare continuă, *fără crize*).

O teorie a *crizelor* în dezvoltare a fost prezentată mai de mult de către J. Dublneau. El admitea, în fiecare individ, existența: a) unei energii profunde, nediferențiate, generatoare de tonus; b) a unor mijloace de investiție a acestei energii, axate pe funcțiile senzitivo-senzoriale și motrice, exprimându-se în activitățile de adaptare și de afirmare; c) a unor mijloace de coordonare (sistem nervos, sistem endocrin) strâns legate de cele de transport (arbore vascular). Tonusul, factorul dinamogenic esențial asigură conservarea speciei, ca și organizarea socială; el implică o anumită tensiune a organismului, care poate fi orientată în afară (heterotropie) sau spre propria persoană (autotropie).

Din punct de vedere evolutiv, adolescența și "vârsta critică" (climacteriu) îi apar autorului ca având o valoare mai "largă" decât ca legată de apariția sau dispariția instanței genitosexuale. Ele sunt *momente de criză*, care mobilizează energiile organismului pentru apărare sau pentru afirmare; puțin câte puțin, organismul se acomodează la un nou echilibru – și această *integrare* deschide posibilitatea utilizării energiilor mobilizate în raport cu noi orientări. Întreaga

copilărie este, pentru autor, desfășurarea unei crize natale (care începe în luna a 5-a intrauterină și ține până la naștere); vârsta adultă este privită ca desfășurarea crizei pubertare, iar bătrânețea – ca desfășurare a unei crize climacteriale. Oricare fază de criză, în evoluția sa normală, îmbogățește personalitatea subiectului, iar atingerea stării de echilibru este marcată de elemente de “sociospiritualizare”. Aceasta din urmă este, la rândul ei, “corectată” prin intervenția unui moment biologic: creșterea la copil, sexualitatea la adolescent etc. Orice fază de criză mai implică un tropism heterosexual (către mamă la băiatul mic, către femeie la adult).

În fiecare criză se deosebește o precriză, o criză, o postcriză. Adolescența și vârsta critică definesc *crize primare*, în timp ce *crize secundare* sunt cea matrimonială și cea a “retragerii” (pensionării). Există și *crize accidentale*.

J. Dublineau a analizat, în lumina teoriei sale, vârstele extreme: copilăria și bătrânețea. În copilărie, până la vârsta de 3 ani, crizele sunt puțin nete, scurte, greu de apreciat; la această vârstă are loc o *criză de personalitate*, legată de afirmare, criză esențialmente afectivă. Lichidarea complexelor se operează pe la 5 ani și este precedată de o stare de perplexitate, de anxietate. În “cea de a treia copilărie” găsim *criza ideomotorie* de la 7 ani, axată pe adaptarea la un nou mediu social: școala. Preciza adolescenței (prepubertatea, “vârsta ingrată”) este legată de obligația de a asimila noțiunea de *lege* (socială, cosmică, biologică), paralel cu apariția forțelor de *opозиție* față de mediu, în persoana care se afirmă. În afară de ideea *utilității* crizelor și rolul *factorilor sociali* în determinismul și în lichidarea lor, în concepția autorului găsim ideea după care crizele evidențiază *tipuri* structurale elementare diferite; aspectul crizelor este în funcție de “temperamentul individual”, de bogăția forțelor de autonomie, de însemnătatea factorilor socioadaptivi și autoadaptivi. “Terenul” puțin rezistent, mediul neînțelegător – pot transforma crizele în *dezastre* pentru evoluția personalității. Fazele critice sunt totodată momente propice pentru influențe educative.

După Sivadon, *etape critice* corespund în esență unei remanieri relaționale, care pune în cauză raportul dintre securitate și autonomie

(pe acesta se bazează echilibrul personalității). Etapa critică cea mai importantă ar fi dată de “luarea distanței” a copilului în raport cu mama sa; aspectele sale majore sunt dificultăți în relația mamă-copil, intervenția celorlalți membri ai familiei și separația școlară. Adolescența este tulburată de conflictul între dependența familială și nevoia de autonomie. În viața tânărului, se cer depășite etapele critice ale intrării în profesiune și ale căsătoriei. Dar se pot lua în considerare și alte etape virtual generatoare de conflict (paternitatea, promovarea socială, doliul etc.).

Concepte sintetice despre desfășurarea vieții umane.

Unii autori consideră că orice înaintare în vârstă este o *îmbătrânire*. În “îmbătrânire” există un aspect natural (biologic, fiziologic sau chiar psihofiziologic) și un aspect social (sau psihosocial). Fără a intra în amănuntele referitoare la aspectele și mecanismele îmbătrânirii considerată ca un declin, menționăm că, în unele domenii, un astfel de *declin* începe la naștere (de ex. acuitatea senzorială, viteza de cicatrizare) și este mai rapid în primii ani. Îmbătrânirea “socială” însă este un termen care nu se aplică decât ultimelor faze ale acestui proces.

O *image sintetică* a decursului vieții umane ne este propusă atât de către simțul comun, cât și de oamenii de știință de diferite specialități. *Imaginea populară* este împărțită și de către unii biologi și filosofi: curbă crescătoare urmată de o curbă descrescătoare.

Erikson (1950) a încercat să integreze date psihologice și psihanalitice cu date de sociologie și etnologie. Fiecare societate își formează copiii conducându-i spre o stare de maturitate ideală care este “integritatea eului” (sau a *ego*-ului). Educația caută să asigure corespundența între *calendarul sociocultural* propriu societății respective (incluzând un număr de etape) și *orarul natural* de dezvoltare a organismelor psihobiologice, deci armonia între dezvoltarea psihosocială și dezvoltarea psihobiologică. Erikson – în opoziție cu tablourile obișnuite în care declinul apare mai mult sau mai puțin

precoce – desemnează un tablou al dezvoltării eului prin creșterea continuă. Fiecare dintre cele opt stadii analizate are caracteristicile sale, o semnificație psihanalitică și manifestări specifice în caz de nereușită.

Primul stadiu este cel *oral*; percepțiile și activitățile sunt centrate pe gură (a mânca, a mușca, a striga). Prima reușită socială a individului este acceptarea îndepărtării temporare a mamei pentru că a dobândit *încredere*, împreună cu sentimentul (rudimentar) al identității eului său. În caz de nereușită, apar neîncrederea și anxietatea. Cronologic, acest stadiu corespunde vârstei de 0-1 ani.

Urmează stadiul *"anal"*; individul își stăpânește sfincterele, mușchii, mișcările; este un stadiu de *autonomie* (care, dacă nu este dobândită, face loc rușinii și îndoielii). Corespunde vârstei de 2-3 ani.*

Urmează stadiul *genitalității infantile* (și al *motricității*) (4-7 ani). Se dobândește *inițiativa* (alegerea scopurilor și perseverență); inițiativa dă satisfacție (în caz contrar apare sentimentul culpabilității).

Al patrulea stadiu este (în psihanaliză) cel de latență a sexualității infantile (8-11 ani), caracterizat prin *industrie* (dexteritate, îndemănare): o adaptare la lumea instrumentelor, care permite să se depășească sentimentul de inferioritate.

Al cincilea stadiu corespunde pubertății și adolescenței (12-19 ani), perioadă în care individul ia cunoștință de *identitatea sa personală* (în caz contrar se manifestă: un caracter difuz al rolurilor sociale, o îndoială asupra identității sexuale, o identificare cu "eroii" sau cu clanul).

Al șaselea stadiu este stadiul *tinereții adulte* (20-34 ani); individul intră în raporturi intime cu altul (prietenie, luptă, schimb intelectual cu un maestru, unire sexuală). Capacitatea de *intimitate* este caracteristică acestui stadiu (dacă nu este atins, întâlnim sentimentul singurătății).

Stadiul următor este vârsta adultă (34-44 ani); vârsta productivității, a creativității, a *generativității* (individul devine tată, cu răspunderi pentru altul) (în caz contrar manifestări de stagnare).

* Datele nu aparțin lui Erikson, ci lui Linden și Courtney (1953) și lui Rose (1955).

Ultimul stadiu este vârsta *maturității* – caracterizată prin integrarea eului (dacă acest stadiu nu este atins, apare disperarea).

Așadar, în concepția lui Erikson, individul se dezvoltă (în mod ideal) continuu și constant, accedând la paternitate; el progresează readaptându-se la un nivel care îi oferă neîncetat noi probleme. În ultimul stadiu, subiectul este în "acord total" cu ordinea lucrurilor și cu semnificația propriei sale existențe în societatea în care a trăit; el își acceptă viața personală. În caz contrar, refuzul de a accepta ca viața să fie *tocmai aceea* pe care a dus-o, se împletește cu teama de moarte, cu sentimentul imposibilității de a-și reîncepe viața. În cazul ideal ("normal"), fiecare etapă se folosește de ceea ce s-a dobândit în etapa precedentă, prin incluzii succesive (ceea ce justifică ideea de *progres*); suntem în fața unei piramide fără pierderi; persoana se îmbogățește treptat (Stoetzel). Erikson ne mai arată că diferitele perioade se *lungesc* treptat cu cât înaintăm în vârstă; el nu ne spune însă ceea ce se petrece dincolo de stadiul al optulea.

De asemenea, Erikson trece cu vederea *bilanțul* tinereții și *confruntarea realității cu idealul* care, în jur de 30-35 de ani, determină apariția unor crize sufletești și schimbări somatice. H. de Balzac a făcut aluzie la acest aspect în *La femme à trente ans*. Însemnătatea acestui moment pentru medicina clinică a fost subliniată de I. Hațieganu, care a vorbit despre "sindromul lui Balzac". Ideea după care viața adultă, la rândul ei, poate fi examinată din punctul de vedere al etapelor și al crizelor, constituie o teză de bază a *adulțologiei* preconizată de curând.

Dacă teoria lui Erikson este o teorie *subiectivistă* a dezvoltării Eului, teoria Charlottei Bühler este esențialmente *obiectivă*, bazată pe studiul activităților și al operelor care sunt rezultatul inițiativei. Bühler admite că fiecare individ trece prin faze de creștere (până la 25 ani), de maturitate (25-45 ani – creștere *stabilă*, cu compensarea schimbărilor) și de declin ("creștere regresivă"), în care puterea de renergerare a țesuturilor se epuizează). Alături de acest punct de vedere biologic, Bühler admite o schemă similară pentru aspectul genetic (al capacităților de procreare), dar cu alte limite de timp (15 și 55 de ani) pentru faze (achiziție, stare, pierdere). Juxtapunerea acestor

scheme permite decuparea în *cinci faze* a decursului vieții umane. Interesant este faptul că aceste cinci faze se regăsesc – cu oarecare aproximație – și pe plan psihosocial. Acumularea evenimentelor exterioare se repartizează în faze succesive de creștere rapidă, de creștere mai puțin rapidă, de palier, de declin. Declinul se produce însă mai tardiv (la 63-68 ani) în schema psihosocială, iar această prelungire a fazelor se datorează probabil unei compensări intelectuale a facultăților biologice în declin. Totodată, pe măsura înaintării în vârstă, descresc dorințele și crește sentimentul datoriei. Caracteristică este, așadar, o “lege a transferului dominantei”: activitatea privilegiată până la un moment se șterge în spatele uneia mai puțin narcisiste sau mai puțin egoiste. Charlotte Bühler vorbește despre o “lege a specificării intereselor”, de la o fază la alta. Cele cinci faze sunt următoarele:

- 1) a vieții de familie și a activității școlare;
- 2) (începând la 16-20 ani) a intrării într-o activitate aleasă personal și în relații personale și sociale, independente de cercul familial; apar activități noi (numai în 1/5 din cazuri definitive) și dimensiuni noi ale existenței;
- 3) (începând la 26-30 ani – cu alegerea definitivă a profesiei (în peste 2/3 cazuri), stabilirea legăturilor personale durabile, crearea unui cămin. Este faza culminantă, extrem de fecundă. În aceeași ordine de idei, menționăm că Lehman (1953) a arătat, pe baze statistice, că producția operelor culturale are o primă culme în prima parte a vârstei adulte;
- 4) (începând de pe la 48 ani) cu “achiziții negative”: pierderi economice și corporale (ablații chirurgicale etc.) irecuperabile, pierderi de părinți și de prieteni; câteodată schimbări de profesie și de domiciliu (exprimând nemulțumire, atitudine de negație). Individul devine mai introspectiv, mai filantrop, deseori se simte singur;
- 5) (începând de la 63-68 de ani) cu scăderea dimensiunilor sociale, cu preferințe pentru divertismente, pentru viața rurală și pentru cultul morților.

După Charlotte Bühler, există 4 tipuri de oameni, după faza în care au loc performanțele creatoare: 1) *precoce* (poet, matematicieni,

fizicieni, atleți – au mai curând vitalitate decât experiență); 2) de maturitate (inventatori, exploratori, oameni de afaceri – au nevoie de un maximum de posibilități sociale); 3) cu reușită tardivă (savanți, filosofi, oameni politici – au nevoie de experiență); 4) cu productivitate repartizată în toate fazele (se explică prin schimbarea de activități și de inspirație, odată cu trecerea de la o fază la alta: Verdi, Liszt, Descartes, Schopenhauer).

De remarcat că și Charlotte Bühler neglijează – ca și psihanaliztii – ultima parte a existenței și tocmai această parte este în centrul atenției lui Linden și Courtney (1953). Fiind psihiatri, autorii acordă multă importanță funcțiilor socioculturale și recunosc rolul celor vârstnici și bătrâni în procesul de transmitere și de conservare a culturii. Autorii definesc maturitatea drept o *organizare eficientă* a experienței în raport cu conflictele forțelor emanând din psihic și din mediul exterior. În timp ce tânărul caută mai ales satisfacții egoiste a pulsionilor, cel matur sau vârstnic caută să domine pulsunile grație culturii mediului său. Dar aceste două orientări corespund la două perioade denumite *evoluență și senescență* (termenului de “senescență”, corespunzător – în modelul autorilor – vârstei de 40-70 de ani – i se dă, în context, un înțeles neobișnuit, ca și termenului “involuție”, de altfel). În prima, dezvoltarea are loc prin mijlocirea creșterii fizice (până la 30 ani). În cea de a doua, dezvoltarea se *continuă* prin alte mijloace. În prima, orientarea în ce privește rezolvarea conflictelor este negativă; în cea de a doua – este pozitivă. Idei schimbării continue în dezvoltare i se suprapune ideea rupturilor (întreruperile) biologice: la pubertate, la “involuție” (reîntoarcerea de vârstă) ca și la senilitate (reîntoarcerea eruptivă a instinctelor). La pubertate, instinctele sunt deșteptate, dar controlate prin norme psihosociale, în timp ce la senilitate controlul nu mai este posibil. Evolușența cuprinde 6 faze (stadii), iar senescența – 10-11. Stadiile evolușenței sunt: de dominație, apoi de educare a instinctelor; de ucenicie socială; de reînvieră a instinctelor; de constituire a cuplului (și de dragoste); de mariaj. Stadiile senescenței sunt: al familiei; al vieții sociale; de activitate parentală; de activități politicosociale (la 50 de ani); “moralistă” (la 60 de ani); de reîntoarcere la vechile valori și

de reflectare asupra istoriei omenirii (la 70 de ani). La o vârstă variabilă de la individ la individ, începe: faza în care valorile fizice reîncep să domine (cu reaparitia "dezvățării sociale", corespunzând fazei de latență din copilărie); faza dezdeducării instinctelor și reîntoarcere la domnia totală a instinctelor asupra individului.

*

Pentru noi sunt foarte interesante constatările după care este posibilă nu numai o apreciere biologică, psihologică, sociologică etc., a grupelor de vârstă, ci și una patologică - incluzând și *atitudinea indivizilor față de sănătate, față de viața fizică și față de boală*. O anchetă (1963) a dat ca rezultate la întrebarea: "care este elementul esențial al fericirii?", răspunsul: "sănătatea" - în proporții care au crescut regulat de la 52% pentru grupa de la 20-34 de ani, la 70% pentru grupa de peste 65 ani. Este adevărat că, odată cu înaintarea în vârstă, scade și conștiința bunei funcționări a corpului. Amintim că, după Canguilhem, a te simți sănătos înseamnă "a te simți mai mult decât normal, gata la a face excese de orice natură". Cu înaintarea în vârstă, crește și morbiditatea: referindu-ne la lotul investigat, între 20-29 ani, numărul mediu de bolnavi pe individ era de 0,71, iar procentul celor ce se considerau sănătoși era de 60%; între 70-79 ani, cifrele corespunzătoare sunt de 3,20% și 3%. Crește și anxietatea relativă la boală (exprimată, de exemplu, prin prezența gândului că suferi de o afecțiune gravă). Medicina și medicul joacă un rol din ce în ce mai important, pe măsură ce înaintăm în vârstă; de la 21 la 65 de ani, numărul vizitelor medicale pe an se dublează (Birren ș.a.). În timp ce tinerii pretind - din partea medicului - intervenții energice, vârstnicii doresc să li se prescrie mai cu seamă o medicație prudentă sau reguli de viață. Tinerii forțează dozele și abandonează ușor tratamentul - prin opoziție cu bătrânii, care sunt scrupuloși. Tipul "ideal" de medic (tipul preferat) devine, din ce în ce mai des, un tip mai vârstnic. Tinerii pretind de la medic mai ales cunoștințe specifice - în timp ce bătrânii apreciază mai mult dezinteresul și disponibilitatea, căci sunt mai anxioși. Vârstnicii sunt mai dependenți, au nevoie de asigurări și

vorbesc mai ușor de problemele lor personale; dar ei respectă mai puțin riguroso regulile de igienă. Vârstnicii preferă repausul pasiv și - dintre sporturi - pescuitul și popicele: sunt mai apti să aprecieze ieșirile în aer liber și în natură. Se schimbă, de asemenea, *obiceiurile alimentare*: tinerii preferă mâncărurile excitante, vârstnicii - pe cele substanțiale.

Prima copilărie

Viața începe - după Morton - printr-o "frustrație enormă", aceea a nașterii (se știe că O. Rank a insistat asupra *traumatismului nașterii*, speculând asupra "nostalgiei după apele amniotice", asupra simbolismului legat de situația protejată din uterul matern și asupra retrării anxietății din acel moment crucial). Expulzat din uter, *nou-născutul* este obligat să se adapteze la un mediu esențialmente nou. Această adaptare nu se soldează întotdeauna în mod favorabil; este mai dificil la prematuri.

La sugar, "perceptul" vizual al corpului, cel auditiv al vocii și fluxul impulselor senzoriale de la viscere și mușchi - sunt trăite mai întâi ca aspecte ale unei totalități în care ele nu sunt deosebite de afect și de pulsione ("egocentrism", în sensul lui Piaget). Corpul, sub toate aspectele, este sesizat tot atât de nefamiliar, de străin, de neorganizat - ca și celelalte obiecte; timp de multe luni, o bună parte din el nu este recunoscut ca fiind "propriu" (o mână poate fi dusă la cealaltă, la gură, ca și un oricare alt obiect). Chiar și în al doilea an al vieții, unele zone cutanate dau la atingere o impresie de ceva străin (este vorba de o experiență incomplet asimilată de către eu). Percepțiile specifice sunt diferențiate înainte de a fi articulate într-un tot (această articulare ține de coexistența și de interacțiunea lor). Se pare că, la imaginile despre sine pe care și le formează sugarul, imaginea mamei servește ca un punct de ancorare, dacă nu ca un model, ca un prototip. Recunoașterea limitelor corporale este întârziată la imbecili, din cauza experienței de viață mult mai simplă. "Cunoștința de sine" se dovedește accelerată prin achiziționarea precoce a unui vocabular referitor

la corp. "Localizarea eului", copilul mic și-o face în abdomen și în partea inferioară a toracelui (membrele sau ochii sunt *ale lui*, dar nu sunt încă *ei*), mai rar în cap sau în regiunea gurii. Aria în care este localizat eul depinde de gesturile prin care adultul accentuează faptul că e vorba de sine ca și de importanța vitală a regiunii, din punctul de vedere al copilului.

Gratificațiile viscerale joacă un rol principal și - deși se amestecă în imagini și o doză de durere și frustrație, acest fapt determină ambivalență mai curând decât neutralizarea efectelor opuse. Autoiubirea (narcisismul) devine o normă, indiferent de tipul de cultură căruia-i aparține copilul. Destul de precoce, unele părți din corp devin suportul unor "afecte" de dragoste sau de ură excesivă (Schilder, Horowitz (1935); unele dintre ele pot "fixa" afectul atât de puternic încât pot influența viața fiziologică, psihologică și patologică ulterioară (Freud, Abraham). Importanța zonei orale poate fi cercetată și experimental: la cățelușii care, alimentați printr-un biberon special, nu au fost obligați la un exercițiu suficient al gurii și al fălcilor, se observă o tendință de a suge și de a mușca, persistentă pe întreaga perioadă de creștere (D. Levy, 1934). Suptul degetelor la copii este în raport invers cu timpul de hrănire în 24 ore (Roberts, 1944). "Nevoia de activitate bucală" trebuie să fie satisfăcută. Se poate afirma (exagerând întrucâtva) că primul autoportret este centrat pe gură, ca obiect asimilator; schematizarea primitivă a proceselor este în termeni de a "introduce" (a încorpora), a "reține", a "elimina" (Erikson). La frustrația de activitatea gratificatorie orală, se dezvoltă (după Abraham) tendința de a suge degetul, ulterior înclinația către fumat, către mestecatul gumii, către cântat dintr-un instrument de suflat sau din gură, poate către pălăvrăgit sau oratorie. *Tipul oral* este totodată un tip *dependent*, căci relația alimentară inițială este o relație de dependență.

După Stern, descoperirea lumii se face în trei spații succesive: cel bucal, cel apropiat, cel locomotor.

Dobândirea unității eului se face treptat, sub presiunea coerciției familiale și sociale, prin care (prin privilegiu și prin responsabilități) se pretinde să acționăm ca o unitate și - de asemenea - sub influența

limbajului și a *activității*. Întregul proces este călăuzit prin mecanisme *autistice*, care "rețin" în conștiință mai ales ceea ce este convenabil. Procesul de *integrare* este un proces gradat de "orchestrație". Un rol important îl joacă *identificarea*, de exemplu cu părinții - și acest fapt denotă natura socială a omului. Identificarea nu este un proces pasiv, ea include și tendința de a juca *rolul* social al celui alt.

Nedeterminării frontierelor eului, din copilărie (dar prelungită și în celelalte perioade ale vieții) îi urmează procesul de *proiecție* (*proiecție*) în virtutea căreia experiențe mentale proprii, caracteristici sufletești, tendințe etc. sunt atribuite altora. Prin *introecție* (*introecție*), copilul (și adultul) ajung să se simtă afectați (pozitiv sau negativ) de ceea ce afectează alte persoane și obiecte. Copilul, imitându-și părinții, își atribuie caracteristici ale adulților, ceea ce-l "împinge" spre maturizare; el ajunge să "vadă prin ochii părinților" etc. (și chiar să se vadă prin ochii altora). O mare importanță o are, de aceea, modul în care copilul este apropiat de către adulți și părinți, mod care nu are voie să fie caricatural. Autodeprecierea duce la o viziune antipatică despre ceilalți, care poate dezvolta amărăciune și cinism. O autopictură demnă de dragoste condiționează dezvoltarea dragostei pentru ceilalți. Dar nici o autopictură inițială foarte favorabilă nu este recomandabilă, căci o dezamăgire în urma comparației cu alți copii poate fi șocantă. Acest șoc face imposibil un grad de "autism" necesar *autostimulării*.

Teorii mai vechi puneau accentul pe capacitatea de a înțelege pe altul prin *analogie cu sine* (W.K. Clifford ș.a.); mai recent, M.F. Washburn (1932) a vorbit despre "conștiința eectivă" ca bază a psihologiei sociale. De fapt se petrece un transfer continuu, înainte și înapoi, de la percepția de sine la percepția altora (conceptul de "participare", elaborat de J. Piaget). *Simpatia* depinde de analogii între eu și ceilalți; individul uman are mai multă simpatie pentru persoane decât pentru maimuțe, pentru maimuțe mai mult decât pentru păianjeni (G. Murphy). *Simpatia* joacă rol în "expansiunea eului" (W. James) - încorporare a altor persoane în sfera de preocupări. Nu există limite nete între simpatie și *empatie* (prin care ne așezăm în locul altora).

Copilăria propriu-zisă

Dezvoltarea eului în anii care urmează este caracterizată (în cultura europeană și cea americană, cel puțin) prin deplasarea atenției de la percepția corporală spre dobândirea prestigiului și a puterii. Copilul dorește să fie aplaudat. El urmărește posesiunea sau proprietatea asupra obiectelor - prin contrast cu căutarea satisfacției imediate, din primul sau din primii ani. Vocabularul referitor la eu devine din ce în ce mai puțin senzorial - și din ce în ce mai mult, un limbaj despre trăsături. *Corpul* este înlocuit - în percepția copilului - prin *status* și prin note *caracteristice*.

Dacă identificarea este o cale de extindere și de unificare a eului, nu trebuie să uităm că acest mecanism nu se poate desfășura fără tensiune și luptă, căci copilul trebuie să aleagă între obiecte heterogene. Există o nevoie de *consistență* (Lecky) care nu se satisface tocmai ușor. Copilul trebuie să dobândească unitate ca răspuns la situația sa familială și în *ciuda* situației sale familiale. Descoperind că tatăl "poate fi" un obstacol în calea dragostei sale pentru mamă, oscilând între dragoste și ură pentru acest obstacol - cu sentimentul consecutiv de teamă de pedeapsă - se dezvoltă la băiat, după Freud, un "complex Oedip" de esență libidinală. (La fetele s-ar dezvolta, corespunzător "complexul Electrei"). După Murphy totuși situația poate fi privită, mai simplu, din punctul de vedere al luptei pentru a dobândi o autopictură adecvată. Agresiunea ce apare față de părintele care impune restricții sau frustrațiuni poate rezulta din lezarea eului; dar tatăl este, de obicei, agentul disciplinar mai puternic și mai operativ.

Clinicienii din primele decenii ale secolului nostru deosebeau, în copilărie, 7 perioade: 1. de nou-născut (cu cunoscuta "criză genitală"); 2. a primului an de viață (spre sfârșitul căruia apare o "criză" ce coincide cu apariția dinților); 3. de *turgor primus*; 4. de *proceritas prima* (mica pubertate, sau de "primă alungire prevalentă"); 5. de *turgor secundus* (9-11 ani), cu creștere predominant ponderală; 6. de prepubertate (*proceritas secunda*), urmând; 7. pubertate propriu-zisă (*turgo tertius*). Fiecare perioadă se diferențează de cea precedentă prin

orientarea vegetativă generală ("antagonismul ponderal-morfologic" al lui Viola, "antiteza celor două constelații hormonale antagoniste" a lui Pende). Este greu să se suprapună peste aceste perioade *stadii* de dezvoltare psihică. N. Mărgineanu insistă asupra "copilăriei" care poate fi definită prin criteriul biologic *completat* cu cel psihologic și cu cel social (acesta din urmă, legat de școlaritate).

Caracterele psihologice fundamentale ale gândirii copilului ar fi (după Piaget): realismul (incluzând confuzia dintre fizic și psihic, dintre lumea interioară și cea exterioară), animismul (însuflețirea tuturor lucrurilor) și artificialul (orice lucru e "făcut" de cineva; inclusiv copii s-ar putea "face" din carne de măcelărie). Această gândire concretă și animistă este prea puțin distinctă de fantezie. Alt caracter psihologic important este *jocul*. Aceste trăsături se reflectă, bineînțeles, în atitudinea față de medic și față de boală.

Tot atât de însemnată este noțiunea psihosocială a *vieții de familie*. N. Mărgineanu insistă asupra a) interacțiunii dintre frați și ordinea nașterii; b) interacțiunii dintre părinți și copii. Faptul de a te fi născut primul sau ultimul, precum și acela de a fi singur la părinți sau unul dintre mulți - are repercusiuni importante asupra dezvoltării personalității (Adler, Thurstone și Jenkins, Jones etc.). Copilul *răstătat* și *cocoloșit* nu este numai o problemă de pedagogie, ci și una de medicină somatică și de psihiatrie. Copilul *nedorit* înseamnă frecvent frustrație, sentiment de culpabilitate sau spirit rebel. Slăbiciunea sau disciplina tiranică, perturbarea relațiilor normale dintre soți, cu "fixarea" de părintele de sex opus - sunt elemente importante în etiologia nevrozelor. De asemenea, trebuie să ținem seama de setea de afecțiune a copilului, nesatisfăcută în cazul părinților vitregi - și de modul în care acesta ia cunoștință de misterele sexualității. O igienă mentală satisfăcătoare a copilăriei include participarea copiilor la "lupta" vieții, cu riscurile, neplăcerile și victoriile ei.

S-au făcut cercetări *ad hoc* asupra concepțiilor infantile privind organele, funcțiunile, procesele fiziologice (E. Gellert, 1962), sexualitatea ș.a. Aceste date (ca și cele referitoare bunăoară la dezvoltarea conceptului de sexualitate) au o importanță reală pentru practica convorbirii medicale în pediatrie.

Ajustarea copilului la boală depinde în mare măsură de atitudinea părinților. Atitudinea de supraprotecție, ca și cea pesimistă, este egal de dăunătoare. De obicei, boala se însoțește de o emotivitate crescută. Spitalizarea poate complica situația prin privațiune afectivă, ducând la manifestări de ostilitate. O boală îndelungată afectează *status-ul* social în grupul de copii, stânjenește dezvoltarea comportamentului social, crează handicapuri în participarea la joc și în performanțele școlare, generează sentimente de frustrație. Copilul poate rămâne cu obiceiuri nepotrivite (de ex. devine mofturos) sau chiar cu tulburări de personalitate, care pot întregi sechele. Orice defect fizic include un "risc mental" (Podolsky, 1953); complexe de inferioritate, uneori "supracompensate" într-o neostenită dorință de afirmare (A. Adler). Defectele fizice împiedică accesul la unele experiențe de viață (Lamkau). Rămâne sentimentul că "nu ești ca ceilalți", deși mulți copii își pot camufla anomaliile și ajung să-și ignoreze particularitățile cândva traumatizante.

Pubertatea și adolescența

Pubertatea este o fază foarte importantă a vieții individului, pentru că acum se pun bazele constituției sale definitive. Ea este *una* dintre fazele trecerii de la starea de copil la starea adultă, și nu "faza" de trecere; dar caracteristica ei este *rapiditatea* transformărilor, pe primul plan stând maturarea sexuală (L. Mavromati, 1949). Sensibilitatea la factorii exogeni este relativ însemnată (premieră a educabilității?), dar variabilă de la un copil la altul. Transformările se realizează în puseuri - și într-o oarecare măsură independent (de unde starea de echilibru instabil). Ele sunt dirijate, în cele mai fine amănunte, de către hormoni, sub controlul nervos, diencefalic și cortical. Din punct de vedere endocrin (dar și psihologic), pubertatea este un proces eminamente "dialectic" (hormonii acționează în corelație; sinergismele se pot transforma în antagonisme; din schimbări progresive ale constelației hormonale rezultă - prin salturi - alte stări sau caracteristici). Dacă hormonii reprezintă factorul dinamic, soma

("terenul tisular") reprezintă un factor reactiv a cărui însemnatate nu trebuie neglijată și care este - în mare măsură - rădăcina unor particularități ereditare. După unii autori, în copilărie domină orientarea vagotonică, legată de anabolism și de statica personalității. În pubertate se face trecerea spre o orientare simpaticotonică legată de consum (catabolism), de viața de relație, de dinamică, de adaptare rapidă. Totodată se trece de la dominația funcțională a diencefalului spre o dominație corticală.

La pubertate revine pe primul plan, sesizarea și conștiința propriului corp. Se poate vorbi de o "experiență viscerală intensă" pentru care însă (în mare parte din pricina *tabuurilor* sexuale) nu există un vocabular adecvat. Modificările sunt puternice și rapide, amenințând echilibrul somatic și psihic ale individului. Modificările sunt firești, centrate de cele din sfera genitală și a caracterelor sexuale secundare. De aici noi probleme pe care și le pune adolescentul - privind statutul său social și, în primul rând, relațiile cu sexul opus.

După cercetările lui Horowitz, se întâlnește frecvent "ancorajul" eului de o anumită parte a corpului, sau de câteva părți (*self-localizate*). Din 45 subiecți de sex masculin, 32 au dat răspunsuri pozitive; cele mai frecvente localizări au fost capul, creierul, ochii, inima, fața, mâinile. Organele genitale sau regiunea abdominogenitală au fost indicate abia în 4 cazuri. Corpul (ca formă) și corpul (ca întreg) au fost indicate în câte un singur caz! Dar *self-localizarea* este numai o fază a evoluției eului; din nou se observă - ca și în copilărie - o modificare către viziunea după care autopoetul este din ce în ce mai abstract, ca fiind "obiectul" care urmărește anumite valori. În esență, adolescentul își caută un nou "eu" și anumite "defecte" de comportament pot fi înțelese prin dorința de a se impune, de a părea că reprezintă "ceva". Procesul este mai simplu atunci când adolescentul are la îndemână un obiect clar și valoros de *identificare*.

"Acceptabilitatea socială" depinde și de aparența fizică - iar acest factor este mult mai însemnat pentru fată decât pentru băiat. Înfrumusețarea eului este realizată, în mare măsură, cu ajutorul îmbrăcăminții. Menționăm că, în ultimele decenii, idealul de sportivitate a deplasat accentul către sănătate, vigoare și veselie.

Adolescența este o perioadă frumoasă, dar "îngrată" prin conflictele ce pot apărea ca urmare a transformărilor personalității. Reactivitatea și desfășurarea instinctului sexual merg mână în mână cu întărirea intereselor sociale și profesionale, cu îmbogățirea vieții afective, cu apariția dorinței de libertate și de independență. Nu numai inteligența se diversifică; se precizează aptitudinile particulare. O funcție psihosocială însemnată a adolescenței este aceea de a "descoperi" mai intim ființa umană, de a stabili legături noi și pe baze noi cu semenii noștri. *Pentru că un rezultat al adolescenței este accentuarea diversificării umane, este nevoie* - mai mult decât în copilărie - *de înțelegere* pentru situația sufletească și fizică *particulară* fiecăruia, *evitarea unor măsuri rigide și șablonizate*. Adolescența este o perioadă "romantică", dar și dramatică a vieții, și în acest ultim sens se poate spune că este și o perioadă dizarmonică, contradictorie, critică. Realizarea armoniei fizice, pe care o întrupează sfârșitul adolescenței (armonie omagiată de poezii și artiști plastici ai tuturor timpurilor) nu se face lin, ci trecând prin dezechilibre mai inici sau mai mari, care afectează sistemul nervos, sistemul endocrin și - uneori - și alte organe interne.

Ca regulă generală (cu foarte puține excepții), putem afirma următoarele: capacitatea de procreație apare înainte de maturizarea psihologică; capacitatea de a stabili relații erotice afective (capacitatea de "îndrăgostire") apare înainte de apariția capacității de procreație (în condiții bune). Asigurarea "zilei de mâine", prin încadrarea productivă în munca socială se obține, în țările civilizate, cu câțiva ani mai târziu decât maturizarea sexuală (acest moment coincide aproximativ cu momentul încetării creșterii). Pentru că viața sexuală umană este o relație complexă între două persoane și implică responsabilități, este o greșală să fie începută prea de timpuriu (de exemplu, odată cu apariția pulsionii și a spermatogenezei). Cât despre momentul cel mai potrivit pentru întemeierea unei familii, este mult mai tardiv decât începutul aptitudinii de procreare.

Pubertatea și adolescența sunt o perioadă în care împletirea factorilor somatici, psihici, sociali - în etiopatogenia multor tulburări, este foarte strânsă. Pe de altă parte, pubertatea și adolescența trebuie

considerate ca vârste de *trecere* atât din punct de vedere biologic, cât și sociologic, astfel încât pubertatea *psihică* devine tot mai complicată odată cu dezvoltarea civilizației (H. D. Rösler, 1967). Multe stări nevrotice sunt generate de solicitările și conflictele școlare (*didactico-psihogenii*); se poate vorbi - în accepția mai largă - de *didactico-genie*, incluzând boli psihogene și tulburări psihosomatice (V. Jonev).

Nevrozele acestei vârste se caracterizează, între altele, printr-o exprimare accentuată a componentei vegetative. V. P. Belov (1967) enumeră: reacții isterice (cu gânduri de sinucidere exteriorizate demonstrativ), lamentări ipohondrice, sindroame anxioase și fobice, hiperkinezii și somnambulism, obiceiuri patologice, idei dismorfice (și dismorfomanie!) cu anorexie mentală. Teama de a fi grât sau dizarmonic chinuie pe mulți adolescenți. Rarori - ca protest, răzbu-nare etc. - formele dizgrațioase sunt *căutate* (de ex. prin îngrășare excesivă). Ideea imperfecțiunii sau a dizarmoniei fizice poate genera reacții psihologice, riposte sau compensări: fuga de societate, orientarea spre preocupări în care pot fi valorificate calități spirituale sau de forță fizică, o atenție excesivă dată îmbrăcămînții și "măștilor" (omul "natural" se "artificializează") etc. *Tulburările neurastenice* se manifestă fie prin excitabilitate crescută și prin neliniște, fie printr-o sensibilitatea exagerată cu sentimente de inferioritate. În multe cazuri, starea nervotică a tânărului este o *etapă* a dezvoltării nevrotice a personalității. Pubertatea (și adolescența) sunt și epoci în care încep manifestările unor *caracteropatii* sau a unor *psihoze endogene*. Rămâne actuală și problema *sinuciderilor adolescenților*; marea majoritate a celor care au încercat să se sinucidă sunt însă sănătoși din punct de vedere psihic, iar riscul de-ai pierde prin recidivă este nefructuos.

O problemă aproape caracteristică a pubertății și a adolescenței este masturbarea (ipsațiunea, onanismul). De la Tissot (sec. al XVIII-lea), acestui obicei (uneori vicios) i se atribuie - pe nedrept - un rol însemnat nu numai în etiologia stărilor de epuizare nervoasă, ci și în etiologia unor boli degenerative ale sistemului nervos și în psihoze. Există rare masturbări simptomatice în schizofrenie - dar, frecvent, ipsațiunea se dezvoltă pe un fond schizotim sau schizoid, ceea ce este

însă cu totul altceva decât "transformarea" unui schizoid în schizofren prin ipsațiune.

Rezumând caracteristicile psihologice (de interes în medicina generală) ale adolescenței, Păunescu-Podeanu subliniază că ele "pot da mult de lucru medicului, familiei, instructorilor". Este, între altele, vârsta *alunecărilor posibile* spre indisciplină, erori de comportare (cu răsunet asupra echilibrului sănătății), vicii, excese și imprudențe (nu numai sexuale) – inclusiv excese sportive sau de efort intelectual. Se menționează și eventualitatea unor "medicamente clandestine" sau a unei "patologii clandestine" (veneriene).

Climacteriul

Îmbătrânirea trebuie înțeleasă ca un proces complex de involuție și restructurare, declin și compensare, eventual și de câștig. Perioada dintre 45-55 (60) de ani prezintă o serie de particularități nu numai biologice, ci și psihologice și de "sociologie a vârstelor", care impun remanieri, uneori profunde, ale personalității. Această "vârstă critică" se mai numește de aceea și *Wechseljahre* sau *retour d'âge*. Caracterul critic al climactericului este mai accentuat la sexul feminin, unde modificările pe plan fiziologic sunt mai rapide și asincrone. Disritmiile și dezechilibrele de ordin homeostatic și adaptativ agravează patologia preexistentă, favorizează apariția unei morbidități specifice și influențează evoluția ulterioară a procesului de îmbătrânire. E. Greppi califică această vârstă critică drept "prima îmbătrânire", în timp ce P. Abely observă că, *pe plan psihic*, se manifestă uneori cu acuitate sentimentul de îmbătrânire. De fapt, climacteriul poate fi considerat (Pană) ca o *răscruce* de la care se deschid căi spre îmbătrânire normală, accelerată, încetinită sau complicată. Totodată însă, la 45-49 ani se constată un salt în expresia clinică a îmbătrânirii (Vl. Jucovski) și o ascensiune marcată a indicelui de morbiditate a populației. Acest fenomen se observă mai ales în sectorul bolilor aparatelor circulator și respirator, ale sistemului osteoarticular ca și în privința bolilor maligne. Tulburările neurovegetative și endocrine de climacteriu,

afectează până la 75% dintre femei (Bricaire). Climacteriul poate fi și torpid, nu numai dramatic. "Criza" psihosocială este personală, familială și socială în sens restrâns.

Semnificația climacteriului feminin este multiplă. Pierderea funcției reproductive este corelată cu procesul general de îmbătrânire, reflectând incapacitatea organismului de a mai suporta efortul gestației, lactației și protecției progenerării până la deplina sa dezvoltare. În această perspectivă, încetarea funcției genezice nu trebuie considerată numai ca o consecință a unui anumit grad de îmbătrânire, ci și ca o măsură de apărare a organismului. *Premenopauza și începutul menopauzei* se caracterizează printr-o întreagă "fanfară" de tulburări subiective și funcționale, dintre care ne interesează cele grupate în *sindromul neurovegetativ* (inclusiv tulburările de somn) și în *sindromul psihic* (labilitate, irascibilitate, hiperemotivitate, anxietate). Libidoul poate fi crescut la începutul menopauzei; în orice caz, interesul și activitatea sexuală depășesc cu mult, în timp, încetarea perioadei de fertilitate. Se ivesc, alături de semnele de defeminizare, și semne de *masculinizare* (virilizare) morfologică, comportamentală (și, totodată, o "masculinizare" a patologiei - frecvența cu care se întâlnește, de pildă, aterosmoza crescând brusc spre valorile de la bărbat). Este de menționat faptul că în cursul istoriei recente a avut loc o prelungire a perioadei reproductive (deci a tinereții și a maturității) atât prin apariția mai timpurie a pubertății (acelerație), cât și prin retardarea instalării menopauzei.

Atunci când tulburările neuropsihice au o intensitate neobișnută, vorbim despre *complicații neuropsihice* ale climacteriului. Sunt frecvente tulburările de caracter (negativism, revindicări, supracompensări) și reacțiile nevrotice anxioase, depresive, ipohondrice, isterice, fobice, obsesionale. Menopauza este un moment favorabil declanșării (pe un teren predispus) a psihozelor maniacale (adesea cu conținut erotic), dar mai ales a celor depresive (printre care se numără și "melancolia de involuție" descrisă de E. Kraepelin), precum și a diferitelor forme de deliruri cronice. Cristalizarea sentimentului de îmbătrânire și "devalorizarea" feminină (cu pierderea atributelor tinereții, scăderea valorii estetice, a succesului erotic și suprimarea

definitivă a capacității de procreație) sunt componentele *crizei personale* a femeii la climacteriu. Pot să apară reacții negative de non-acceptare, revoltă, regret, depresiune, panică. Adaptarea la modificările proprii persoane prin resemnare, compensare, consolare depinde de educație, de concepția de viață, de bilanțul existenței și de resursele actuale. S-a observat că menopauza este mai puțin "zgomotoasă" din punct de vedere neurovegetativ la femeile de la țară și la cele echilibrate psihic; ea este mai puțin dramatică la femeile pentru care viața erotică n-a însemnat "axul" existenței lor. Maladaptarea este mai accentuată la femeile singure (celibatare, văduve, divorțate, abandonate, fără copii) și neasigurate din punct de vedere material. Adesea se alterează sau se agravează relațiile conjugale. *Criza familială* poate fi atenuată sau agravată prin relațiile cu copiii și celelalte rude. Prietenia, dragostea pentru animale, profesiunea și devotamentul social constituie adesea modalități vicariante pentru carența afectivă. *Criza socială* se poate concretiza în relațiile cu colaboratorii, la locul de muncă etc. În numeroase cazuri, activitatea pe plan profesional și social pot constitui un factor reechilibrant și compensator față de nesatisfacțiile din sfera personală, erotico-afectivă, familială. Deși exagerarea devotamentului în muncă ca și eforturile de adaptare și compensare pot dăuna sănătății (H. Schiller), deseori reorientarea personalității cu un accent suplimentar pe activitatea profesională marchează o treaptă superioară a prestației sociale. Muncitoarele care au trecut bine de perioada climacteriului au - prin calmul dobândit - o influență favorabilă asupra colectivului de muncă și asupra producției (Averswald). Invers, sentimentul de panică față de pensionare (*Torschlusspanik*) este mai accentuat la femeile legate de profesie decât la cele legate mai mult de familie.

Climacteriul viril (andropauza) nu este atestat prin cercetări anatomice, ci prin date hormonale și funcționale (*potentia coeundi* scade *progressiv*). S-au notat - rarism - tendințe homosexuale și incestuoase, înclinația spre masturbație, dar mai ales sentimentul insuficienței, pierderea energiei și a inițiativei, a simțului de răspundere și a interesului pentru muncă; apar faze melancolice (cu gânduri de sinucidere) și faze paranoide, sentimente de invidie sau gelozie pentru proprii copii - oricum, o *deplasare a dominantei*.

Problemele psihologice ale bătrâneții

Bătrânețea este perioada în care se evidențiază semne de *declin*. "Mecanismele" cerebrale care alcătuiesc infrastructura psihicului se deteriorează și acest fapt este confirmat de către cercetările psihologice științifice contemporane. De exemplu, pe planul perceptiv, bătrânii sunt mai rigizi, mai "perseverenți", reorganizarea percepțiilor se face cu greutate. Învățarea se face mai dificil. Deficitul intelectual începe însă (după Weschler) mult mai devreme (în jurul vârstei de 30 ani). Dar, după J. L. Horn și R. B. Cattell (1966), trebuie să deosebim, inteligența "fluidă" (mai legată de influențele biologice - și exprimându-se în percepția imediată, în memoria asociativă, în stabilirea relațiilor figurale) de inteligența "cristalizată" (izvor al raționamentului formal, mai legată de influențele învățării); numai prima scade începând din deceniul 3, în timp ce inteligența "cristalizată" progresează. Oricum, reflexele condiționate se stabilesc mai greu, ca și diferențierile (Samțova, 1962) - fapt care pledează pentru scăderea atât a excitației cât și a inhibiției. Declinul este mai puțin rapid la grupurile care au primit o instrucție superioară. Bătrânul nu mai reacționează la excitanți afectivi slabi - de unde aparența de blazare (Conrad) și apatie; pentru că este foarte receptiv la solicitările afective puternice, viața sa emoțională prezintă explozii, oscilații bruște. Deși, "a-patic", bătrânul este irascibil; deși hiposensibil, este hipersensitiv. Trăirea subiectivă este mai redusă - de unde sărăcire în idei și în inițiative, "aplatizarea" conținutului gândirii. La senzația de vid interior, se adaugă uneori și senzația unei depresiuni și a unei oboseli *sui generis*. Motricitatea este mai dificilă, dizarmonică, stângace, nesigură, rigidă. Mijloacele de expresie se reduc (incluzând o sărăcire a mimicii).

În determinismul acestor fenomene, intervin nu numai "hipotonie" generală - ci, cu o participare variabilă, arterioscleroza cerebrală cu tulburările de circulație și degenerescențele ("ramolismentele") consecutive.

Esențială este însă *scăderea tonusului* la bătrânețe: scad astfel izvoarele energetice ale tropismului, interesului și ale curiozității. De

aceea, tonusul trebuie menținut și remontat (de exemplu, prin tratament endocrin); se cere totodată reducerea numerică a preocupărilor pentru a evita o împrăștiere a energiei, necesară oricun întinerii tropismelor. Individul se eliberează de grija biologică a conservării și, din cauza scăderii funcțiilor musculare, adoptă sedentaritatea: această dublă economie de forțe lasă disponibilități energetice pentru afirmarea pe plan mental (intelectual). Involuția, reducând funcțiile de analiză, cresc paralel (compensator?) funcțiile de sinteză - bătrânețea dobândind astfel unele avantaje ale "presbiției intelectuale". Așadar, afirmarea se poate manifesta sub formă spiritualizată. Funcțiile de adaptare se reduc prin retracție și prin izolare (ceea ce contribuie de asemenea la economia de forțe; cresc însă înselele autotrope (de unde riscul fixărilor ipohondrice). Tropismul *heterosexual* al crizei de bătrânețe introduce un risc care poate fi prevenit grație copiilor. În copii, bătrânul își găsește complementul: "dilatate" a formelor în fața propriei retracții, "cosmotropism" în fața interiorizării, afirmarea instanțelor biologice în fața "descarnării" (spiritualizării). Cuplul "bătrân/nepot" constituie, astfel, un factor sociofiziologic de echilibrare.

J. Dublineau crede că la bătrânețe nu ajung decât cei care au într-înșii mijloace biologice de dinamism și de afirmare, suficiente dar neexcesive. Este nevoie de rezistență, dar și de un coefficient de adaptare, care să evite o risipă de energie "cosmotropică". Este nevoie, de asemenea, la bătrânețe, de un grad limitat (optim) de socializare, care să compenseze *tendențele involutive* de retracție și antisocialitate. Moartea survine, la bătrâni, atunci când organismul nu mai găsește instanțe de renovare.

O atenție deosebită a fost dată *tulburările de somn* (dintre care numai o mică parte se datoresc scăderii mobilității și activității). Dificultatea de a adormi, întreruperile, oscilațiile între somn și trezie cu scăderea simțului realului, anxietate și dezorientare (neliniște nocturnă, confuzie) - sunt aspecte caracteristice. Se vorbește despre *disomnii* (J. A. Huet și B. J. Huet, 1965) și despre *oligosomnie*, ca și despre "onirismul celei de a treia vârste". Algiile, insuficiențele cardiopulmonare, dificultățile în digestie, autointoxicațiile explică o

parte din insomnii. E. Neumayer vede în unele insomnii semne de decompensare cerebrală, prin insuficiență circulatorie și vicierea metabolismului cerebral. Ideea că bătrânii au mai puțină nevoie de somn este greșită. Somnul este, oricum, un proces de reglare (cu rol trofotrop), coordonat cerebral. Anoxemia cerebrală produce excitație, insomnie și deci regenerare insuficientă a sistemului nervos și, consecutiv, a întregului organism. În mod analog, C. Enăchescu și C. David adoptă ideea lui I. P. Pavlov după care somnul este un mijloc echilibrant, de apărare. În geneza insomniilor un rol însemnat revine și ideilor obsesive (pregătite prin emotivitate, anxietate, labilitate, nevrotism, stări de agitație, astenie, depresiune, îngustarea sferei intereselor, a activității și a relațiilor sociale). R. Tissot propune termenul de "insomnie de alarmă" pentru *insomnia simptomatică*. În concluzie, tulburările de somn la bătrâni sunt somatogene și psihogene, iar insomnia reprezintă o intrare într-un cerc vicios.

După cum am mai menționat, îmbătrânirea înseamnă o *schimbare de interese*. Odată cu maturizarea, câmpul de interese se lărgște; odată cu îmbătrânirea, câmpul de interese se îngustează. *Orientarea* intereselor reprezintă (după Birren) expresia adaptării la ierarhia nevoilor fundamentale. Există însă "norme de vârstă" mai mult sau mai puțin impuse de societate, pentru anumite preocupări și pentru anumite atitudini (Johnson și Kuhlen). Individul are, de aceea, impresia că, în cursul vieții sale, există *cotituri definitive* și, ca atare, "ultimele ocazii" pentru a face un anumit lucru. J. Stoetzel notează că, în mediul nostru cultural de astăzi, la 35 ani o femeie se simte prea vârstnică pentru a se mărita; la 55 ani, un bărbat se simte prea bătrân pentru a mai spera la o promovare socială; la 20 ani, un student nu se simte destul de tânăr pentru a începe să aprofundeze matematica (deși, la 90 ani, Michelangelo se apuca să studieze limba greacă!).

"A fi bătrân" este, în acest caz, o expresie relativă la o vârstă socială: îmbătrânirea este un fenomen biologic, dar *expresiile lingvistice* ale îmbătrânirii sunt rezultanta convențiilor și ideilor primite, respectiv a multor prejudecăți.* Este deci cazul să deosebim întotdeauna o *vârstă calendaristică (cronologică)* de vârsta *clinicobiologică*

* În literatura și cultura românească, elogiul aduse senectuții (ca vârstă a unor noi posibilități creatoare) au fost aduse de către S. Mehedinți, C. Rădulescu-Motru și C. Noica.

(nu numai *aparentă!*), de *vârsta psihologică* și de *vârsta socială*. Vârsta psihologică ar fi dată (Techniczek, 1965) de gradul capacității de adaptare, în timp ce vârsta sociologică de modul în care persoana își îndeplinește obligațiile sociale. Faptul că bătrânul acordă din ce în ce mai mult interes propriei persoane (și vieții interioare: egocentrism, introversie, ipohondrie etc.) ar corespunde unei realități fiziologice importante: funcțiile de *adaptare* la lumea exterioară fac loc, din ce în ce mai mult, funcțiilor de *compensare* a deficiențelor organismice (Trojan, 1966). Oricum, îmbătrânirea este, în primul rând, o *restructurare* a personalității, în cadrul căreia lipsurile sunt mai mult sau mai puțin compensate prin experiență și maturizare (Szewczyk). Societatea contemporană, preferându-l pe tânăr, îl forțează pe bătrân "să se mențină tânăr" și să se apropie de obiceiurile de viață și de felul de a gândi al tineretului.

Ca alte note psihologice ale bătrâneții, menționăm: "remotivarea" acțiunilor și a vieții; trăirea în prezent și în trecut (paseism) mai curând decât în viitor; conservatorismul; preocuparea de a face bilanțul vieții (de unde, deseori, sentimente de nemulțumire și de frustrare, atitudini revendicative), scăderea sociabilității, dar și sentimentul de singurătate (legat de dezangajare), intensificarea preocupărilor privitoare la moarte (cu anxietatea cauzată de decese, de religiozitate, dorința de a rămâne activ în conflict cu dorința de a se odihni).

S-a subliniat faptul că *atitudinea* (față de muncă, viață, propriul "eu") - este *hotărâtoare* în evoluția (socială, medicală, psihologică, biologică) a bătrâneții. Se consideră că o bună funcție a "ego"-ului depinde nu numai de inexistența unor boli fizice sau a invalidității, ci mai ales de *existența speranței* (și a unei doze de umor). Teama de moarte, *teama de îmbătrânire*, impresia de ratare a vieții, sentimentul inutilității sociale - complică psihodinamica bătrâneții. Relațiile cu ambianța microsocioală (familia etc.) reprezintă o problemă complexă asupra căreia nu putem insista. *Invaliditatea* la domiciliu poate crea un plus de integrare familială, sau - dimpotrivă. Nu rareori bătrânul devine tiranic și pretențios - exploatează "avantajele bolii". Esențială este atitudinea față de bătrâni și "rolul" social care li se acordă

(variabil cu poporul, cu epoca istorică, cu clasa socială etc.). Între bătrânul respectabil prin aceea că este bătrân și bătrânul "parazit" (în mentalitatea primitivă) se intercalează trepte variabile de prestigiu, apreciere, simpatie, valorizare, valorificare. La împlinirea vârstei de 80 ani, A. Maurois declara: "arta de a îmbătrâni este arta de a apărea în fața generațiilor care vin după tine, ca un sprijin și nu ca un obstacol, ca un confident și nu ca un rival". Iar D. I. Suchianu se considera, "un bătrân de viitor". Oricum, sunt de reactualizat și cuvintele lui Voltaire: "a îmbătrâni este singurul mijloc de a trăi mai mult".

Există *tipuri* de îmbătrânire și de bătrâni, mai curând decât *stereotipuri* (B.S. Aaronson, 1966). Pe plan biologic, se pot deosebi tipuri de îmbătrânire: 1) după predominanța leziunilor și a dismetabolismelor (tipul displastic, distrofic, cu îmbătrânire "substanțială"); 2) după predominanța tulburărilor energetice și funcționale; 3) după predominanța tulburărilor de reglare (cibernetice, patologie a homeostaziei, patologie informațională). O importanță anunțată revine îmbătrânirii *asincrone* a aparatelor și organelor. Îmbătrânirea este "diferențială" pentru că ea este "o sinteză istorică a ceea ce individul a fost în cursul vieții" (Escoffier-Lambiotte, 1967). Nu trebuie să uităm că *viața îndelungată* poate fi o premisă pentru un anumit tip de realizări (să ne gândim, de exemplu, la unele aspecte ale creației lui Goethe și ale lui T. Arghezi). Se pare că *dezvoltarea* individuală, dincolo de faza timpurie a maturității, este personală, *idiosincrazică*. Diferențele individuale sunt *accentuate*, și nu *atenuate* prin îmbătrânire (cel puțin de-a lungul unei anume perioade).

Echilibrul între concepția despre sine, comportare și relațiile cu ceilalți - este rupt în raport cu cerințele vieții; este așadar nevoie de *rearanjări*. Firele care leagă pe individ de "ceilalți" se desfac, din când în când - și aceste faze *tranzitionale* se însoțesc de anxietate și de depresiune, urmate (în cazurile fericite) de seninătate și autoacceptare (teoria *dezangajării* în varianta expusă de Cumming și Henry, 1961). Intervin atât procese interne, cât și factori externi (de exemplu *experiențe nodale*), care pun în joc mecanisme de luptă și mecanisme de apărare (Kroeber, 1963). Trebuie evitată supraaprecierea factorilor

biologici, căci *decremente* ale funcțiilor fiziologice pot duce la *incremente* în funcțiile psihice (cum a arătat încă A. Adler). Paralelismele psihofizice sunt posibile sau frecvente, dar nu necesare. O concluzie practică este necesitatea de a face diagnosticul diferențial între simptomele *tranziționale* și cele *regresive*, între manifestările de *autoactualizare* și cele *nevrotice*. Unii autori (L. Copelman, 1965 ș.a.) au deosebit *crize de involuție* ce decurg în timp scurt, intercalându-se faze de îmbătrânire lentă.

S-a vorbit despre "stiluri de viață" (A. Adler) și în gerontologie.

Ni se pare îndreptățită părerea celor care susțin că în întreaga viață trebuie să fie o *pregătire pentru bătrânețe*. Această pregătire constă (D. C. Ausman, 1960 ș.a.) în menținerea *flexibilității* personalității, în interese vii și multiple, înnoite, corespunzător vârștelor - în învățarea metodelor de relaxare și de distracție; autorul subliniază rolul "salvator" pe care-l are interesul purtat altei ființe. Dar o bună pregătire pentru bătrânețe include și grija pentru sănătate. S-a constatat (M. Taves și G. Hansen, 1962) că numai un sfert din bătrânii care și-au neglijat sănătatea au o bună adaptare personală după vârșta de 65 de ani.

Școala românească de gerontologie și geriatrie (Ana Aslan și colab.) a studiat amănunțit *îmbătrânirea ortogeră* ca și factorii ce pot duce la o îmbătrânire precipitată sau precoce. Rolul *stress*-ului socio-economic și al factorilor psihologici în îmbătrânirea precoce este atestat prin cercetări speciale. Tipul de activitate nervoasă superioară joacă un rol însemnat în obținerea unui ritm de îmbătrânire obișnuit ca și în longevitate (favorabil este tipul echilibrat mobil). Alți factori de îmbătrânire precoce țin de igiena mediului fizic ambiant sau de condițiile de muncă. Antrenarea funcțiilor de reglare și de adaptare (de ex. prin exerciții fizice) este *calea de profilaxie a bătrâneții* (și de "macrobioză") recomandată azi (spre deosebire de "crușarea" și de cocoloșirea, recomandate altădată.)

A. Păunescu-Podeanu (1981) notează plastic că, uneori, bătrânii ajung "adevărate cazuri-problemă pentru aparținătorii lor și pentru medici". Sub raportul psihologiei medicale ei manifestă foarte des "tendințe și manifestări neadecvate", fiind pacienți dificili, nedis-

ciplinați, neconcilianți, nemulțumiți de medicii lor, ipohondri. Sunt, de obicei, bolnavi multipli, complecși, patologia lor fiind frecvent înșelătoare. Cunoașterea situației lor mentale este o premisă a terapeuticii eficace și se impune pentru aprecierea justă a plângerilor lor, ca și pentru evitarea riscurilor medicamentoase (automedicație, înțelegere greșită a posologiei etc.).

Date pentru o psihologie medicală a femeii

Unele trăsături psihologice, psihofiziologice și psihosociologice ale femeii merită o mențiune specială în cadrul abordării "tipologice" a problemei, pe care o încercăm.

Nu s-a scris încă un tratat corespunzător de medicină a femeii (pentru care am propune termenul de *teliatric* sau de *ginologie* - spre deosebire de *ginecologie*, care s-a dezvoltat excesiv sub lozinca *mulier tot in utero*). Declarații programatice a făcut A. Binet, dar cea mai masivă contribuție - astăzi depășită din multe puncte de vedere - rămâne cea a lui B. Aschner.

Femeia are o fiziologie ciclică, iar oscilațiile periodice ale organismului afectează nu numai viața somatică, ci și viața sufletească. Limitele dintre *sănătate* și *boală* sunt de aceea mai puțin nete, iar leziuni compensate se pot decompensa, procese latente pot deveni patente în anumite faze ale ciclului. La baza acestor "demascări" stau dezechilibre hormonale sau neurovegetative, fenomene vasomotorii (congestive) și spastice, reacții alergice și autointoxicația. "Tensiunea premenstruală", "*molimen-ul* catamenial", sindromul de ovulație sunt stări cvasimorbide de hipersensibilitate, inconsecvență, confuzie, exagerare, agresivitate. După I. Macavei, "perioada critică majoră" de maximă labilitate psihică este cuprinsă între ziua a 25-a a unui ciclu și ziua a 33-a a ciclului următor, în timp ce "perioada critică minoră" este cuprinsă între zilele a 11-a și a 17-a. În perioada critică majoră se localizează majoritatea delictelor și crimelor comise de femei (Cooke și Morton, Hoffman, K. Dalton), majoritatea accidentelor de circulație provocate sau suferite de femei, majoritatea greșelilor profesionale.

Femeile internate în spital prezintă frecvent, în această perioadă, atitudini neobișnuite și incomode, cum ar fi: nemulțumiri nemotivate, certuri, abateri disciplinare, conflicte nefondate etc.

Dezechilibre hormonale la pubertate, în sarcină și la menopauză se găsesc în etiologia multor boli, inclusiv în psihoze. Eventualitatea lor nu trebuie subestimată; această subestimare este o *greșeală psihologică frecventă* a medicilor practicieni și omnipracțicieni (generalști).

După Macavei (1963), cercetarea biotipologică are o mare valoare în clientela feminină. Circa 55% dintre femeile mature se încadrează într-un tip ortosexual (normogenital și "normovirilizat"; restul sunt hipo- sau hipergenitale, hipo- sau hiperginoide. Orice abateri de la acest tip este o predispoziție la labilități neuropsihice și la "endosimpatoză pelviană" (E. Mayer). Prin acest termen se înțelege o stare de sensibilitate exagerată a centrilor vegetativi și corticali față de interocepțiile genitale fiziologice, un gen de ginecopatie nevrotică - frecvent legată de anorgasmie (probabil și un efect al acesteia).

O altă tipologie este propusă de Waterhouse (și adoptată de Păunescu-Podeanu): *femeia sclavă model*, *femeia îndrăzneată* ("mămier de lux" - după Pitigrilli), *femeia maternă*, *femeia de tip masculin*.

Oricum (spune autorul român) femeia este o ființă mai complicată decât bărbatul, cu surse de îmbolnăvire somato-psihică pe care acesta nu le are. (Sursele psihosomatice au fost expuse, într-o monografie specială, de C. Daniel).

La femeie, sfera genitală, viața sexuală și impregnarea hormonală cu hormoni sexuali au un răsunet foarte marcat asupra organismului și asupra personalității. Hiperfoliculiniile absolute și relative se manifestă deseori prin sindroame cenestopice, prin spasmofilie cu anxietăți și depresii. Isteria a fost întotdeauna mult mai frecventă la femei (de unde și numele). În general, femeia nu poate face abstracție de "sarcina" ei biologică, care este tocmai sarcina - maternitatea aducându-i împlinire și sens existenței. Se citează cazul unei femei care pretindea pensie de invaliditate deoarece, în urma a două sarcini tubare, rămăsese sterilă! Dar o mare parte din agitația (uneori

"somatizată") femeii, este legată de teama sau de dorința de a rămâne însărcinată. Diviziunea aceasta "biologică" a muncii de procreație este însoțită, în societatea noastră, de "sarcini" gospodărești și de educare a copiilor, astfel încât viața femeii-mame (și a femeii care alături de profesiune face și gospodărie) este mult mai oboseitoare (și consumă mult mai mult timp) decât pare la prima vedere; de aici fenomene de surmenaj, nemulțumire, frustrație, nevroză.

Preocupările feminine pentru aspectul exterior al persoanei, ornamentație, frumusețe - au frecvent consecințe patologice (corset, tocuri înalte, cosmetice) și reprezintă totodată o solicitare specifică a medicului (cosmetice, chirurgie estetică, dermatologie etc.). Se menționează situații în care bolnava, în șoc de sarcină extrauterină cu ruptură tubară, nu uită să ceară operatorului o incizie Pfannenstiel (care nu afectează estetica abdomenului, putând fi camuflată de părul pubian). Un semn de prognostic bun în convalescența după episoade medicale și chirurgicale grave poate fi folosirea oglinzii.

Trăsături de psihologie "specifice" feminine pot complica relația medic-pacient (pudoare etc.). Ele erau uneori hotărâtoare în trecut. Femeia de azi se adresează adesea mai curând medicului-bărbat, decât doctoriței, căutând în el un substitut de tată, frate sau fiu, un confident, un sfătuitor - uneori un admirator. Femeia așteaptă de la medic o anumită atitudine corespunzătoare nevoilor sale sufletești și nu neapărat un diagnostic sau tratament. Pentru femeie, starea de boală ușoară, de suferință cronică "dusă pe picioare" este considerată aproape ca o stare normală; multe femei *pretind* să fie privite ca bolnave, în orice caz să fie luate în serios pentru lamentările lor. Unele "poartă de grijă" bolii, aproape o cultivă - deoarece boala este o "rezervă pentru orice eventualitate", solicită atenție și chiar compasiune, este o cale de a exercita presiuni morale, le "face interesante" (avantajele bolii). Situația este frecventă la personalitățile accentuate pe care Leonhard le-a numit "demonstrative". În schimb, este oportun ca în cazul prezenței unei afecțiuni serioase, situația să nu le fie descrisă în lumini sumbre și tragice.

Bărbatul face deosebire între "nu mi-e bine" și "sunt bolnav"; femeia consideră că orice abatere de la starea de *bien-être* este boală.

Anchete psihologice au arătat că femeile sunt mai "nemulțumite" de corpul lor decât bărbații: ultimii caută să înfrunte neplăcerile trupesti, chiar până la subestimare și negarea simptomelor importante. R. Tichener (1963) susține că femeile sunt de obicei hiperreactive la boală, în timp ce bărbații tind să "reziste" excesiv. Poate că în condițiile culturale actuale, accentul pus pe atracția fizică hipersensibilizează femeia la neplăcerile aduse de trup. Oricum, dragostea față de propriul trup (*body-cathexis*, L. C. Johnson, 1956) este un factor important în determinismul plângerilor cu substrat somatic.

Femeia are frecvent *presentimente* și *intuiții* de care este bine să se țină seama. După L. Levi, femeile cu presentimente verificate sunt, mai ales, cele cu puternică retenție hidrică premenstruală (femeile "acordeon"). Spre deosebire de ceea ce se recomandă de obicei, noi susținem că un coeficient de premoniție veritabilă trebuie suspectat și respectat - și nu luat în derădere ca o superstiție stupidă; bineînțeles că nu orice impresie subiectivă, coincidență anxiogenă sau prejudecată fac parte din clasa largă (dar confuză) a fenomenelor parapsihologice autentice.

La femei, sindroamele psihosomatice ușoare sunt frecvente; frecvente sunt "cochetăriile" cu boala, ca paravan pentru conflicte familiale (se caută "justificări" în sectorul patologiei). Așa s-ar explica multe cazuri de prurit vulvar, de cancerofobie etc.

Femeia internată are sensibilități și particularități de reactivitate de care trebuie să se țină seama, pentru a evita disfuncții ale grupului microsocioal spitalicesc. Gradul de satisfacție a bolnavelor reflectă atitudinea medicului față de ele și, de asemenea, uniformitatea (nepreferențială) în acordarea atenției.

*

Femeia în calitate de *personal medical* reprezintă o problemă de etnografie, de istoria culturii, de psihologie socială. Ca o relicvă a situației matriarhale (?) și a valorii simbolice a maternității - au rămas prin tradiție preocupările de terapeutică magică și populară ("dofto-

roaie", "leacuri băbești") și moșitul. Femeile preotese și femeile deținătoare de ritualuri autidemonice s-au întâlnit în numeroase culturi antice și exotice. Multă vreme obstetrica a fost "monopolul" sexului feminin.

În societatea europeană, profesiunea medicală a fost până la sfârșitul secolului al XIX-lea puțin cultivată de femei, pe alocuri chiar prohibită (deși femei-savante în medicină au fost menționate în analele universităților, de pildă a celor italiene). Prima româncă medic, d-na Cuțarida, a fost criticată de ziarele vremii pentru a-și fi ales o profesiune în contradicție cu "delicatețea sufletului feminin"! În aceeași perioadă, Ughetti nu era nici el entuziasmat de performanțele medicale ale femeilor. Dimpotrivă, Mantegazza găsea femeilor calități necesare unui practician: afecțiune, prevedere, delicatețe.

Experiența ultimelor decenii a arătat că femeia reușește frecvent mai bine decât bărbatul în specialități ca: pediatria, stomatologia, laboratorul. În ginecologie succesul este variabil, deoarece nu totdeauna femeia-medic este în stare să o înțeleagă pe femeia-pacient și intervin, la ambele, aspecte subiective care alterează relațiile, de exemplu, gelozia și invidia (pentru soț, copii, calități fizice etc.). Unele obstetriciene asistă "din inimă" parturienta numai până când s-a născut copilul. În Europa, femeia-pacient este mai dispusă să se încreadă unui medic-bărbat. Cea vârstnică acceptă o doctoriță tânără - pe care o consideră ca pe o fată, cea tânără - pe doctorița bătrână, în care vede o mamă. Pentru multe femei, doctorița este un fel de femeie în "rol de bărbat" și ca atare este obiectul multor critici deplasate la aspecte neesențiale (îmbrăcăminte, aspect fizic etc.). În multe țări, mai puțin dezvoltate, medicul-femeie are avantajul de a putea fi acceptată de femeile căsătorite - altfel supuse restricției în ce privește contactele sociale cu bărbații străini. Recent, s-a verificat rolul personalului feminin medical și de asistență socială - ca și al organizațiilor de femei - în planificarea familiei, ca și în educația sexuală post-maritală.

Este unanim acceptată și elogiată femeia în *îngrijirea* casnică sau spitalicescă a bolnavilor. Termenul de "soră" nu pare a fi ales sau menținut în mod întâmplător. Menționăm că printre cei dintâi care au folosit infirmiere laice se numără Pirogov în Războiul Crimeii. O

atenție deosebită o merită recunoașterea contribuției femeilor în opera de asistență socială, de filantropie și igienă socială, de *Cruce Roșie* etc.

Psihologia gestației și a parturientei

Problema așa-numitului "instinct de reproducere" necesită revizuirii continui. H. Ellis (1934) a argumentat teza după care, la animalele superioare, există un impuls sexual (care apropie cele două sexe, pentru ca fecundația să aibă loc) dar și un instinct parental care asigură viitorul descendenților. După Techoueyres (1938), dragostea maternă alcătuiește diferența esențială între psihologia celor două sexe; ea are o origine biologică, în timp ce dragostea paternă ar fi de origine socială (rezultat al obișnuinței în cadrul vieții de familie). Gina Lombroso (1924) vorbise de *alterocentrismul* femeii rezultat dintr-un transfer al egoismului: "mama se iubește în progenitura ei". Freud considera și el că sistemul mamă-sugar este "simbolul oricărei relații amoroase". Etologii de azi (I. Eibl-Eibesfeldt ș.a.) văd în această relație *originea* sentimentelor pozitive.

Desigur, capacitatea biologică de a procrea nu înseamnă, întotdeauna, prezența unei structuri *psihice* în conformitate cu această stare (Wengraf). Cercetări *ad-hoc* au arătat că există frecvent un resentiment față de sarcină la femeile frigide și există date clinice și experimentale care sugerează legătura între impregnarea cu progesteron ("hormonul mamei", spre deosebire de foliculină, "hormonul femeii") și, mai ales, cu prolactină pe de-o parte, și apariția tandreței de tip matern, pe de altă parte.

S-a încercat schițarea profilului personalității femeilor cu avorturi habituale (Tupper) – deosebindu-se însă femeile care nu pot accepta responsabilitatea maternității, de femeile singure care nu pot accepta atitudinea societății față de "copiii din flori".

Fl. Dunbar a legat sarcina ce decurge în condiții bune, cu copil "dorit", de dragostea reușită între parteneri. Modificările în homeostazia de sarcină depind de reacțiile psihice ale mamei față de starea

de graviditate, repercutându-se asupra dezvoltării produsului de concepție. În special anxietatea mamei a fost considerată ca un factor nociv pentru *personalitatea* produsului de concepție, ca și pentru *organismul* acestuia. Stress-ul emoțional în perioada prenatală ar duce frecvent la feși subponderali, hiperiritabili, cu tub digestiv sensibil și, câteodată, cu intoleranțe la laptele matern (Sontag).

Principala problemă la mamele inadaptate psihic nu pare a fi obținerea unor descendenți sănătoși, ci dezvoltarea atașamentului pentru nou-născut (L. Prodan jr.). Atitudinea față de o sarcină, la început nedorită, se poate schimba, de exemplu sub imperiul sentimentului de vinovăție al unei datorii neîmplinite. Dar la construirea acestei atitudini contribuie aversiunea față de starea fizică schimbată (Dunbar), teama de necunoscut, frica de durerile nașterii. În timpul nașterii (ce decurge, la noi, azi, aproape în totalitate în instituții sanitare, deci nu în mediul familial și familiar) mai intervine un sentiment de singurătate. Frustrări de afecțiune maternă sau conjugală duc, câteodată, la o exagerată fixare afectivă față de fătul intrauterin; după naștere apare o dezorientare la constatarea faptului că copilul are o proprie identitate și este mai puțin dependent. Pe de altă parte, parturiția o lipsește pe mamă de legăturile kinestetice cu fătul. Brusca comutare hormonală alcătuiește un fond propice pentru grefarea stărilor depresive reacționale.

"Momentul" nașterii este favorabil pentru explorarea psihologică și axiologică a femeii (L. Prodan). Explorări sistematice au arătat marea frecvență a cauzelor de origine socială, economică, profesională, culturală etc. în etiologia cazurilor de "copii doriți". Cauze biologice intervin și ele, ca și în cazurile de "copii nedoriți" cu intensitate (sarcina recomandată ca tratament). Dorința de a avea copii nu răspunde numai unei porniri biologice, ci și unui conformism ("lucru firesc") apropiat de sentimentul datoriei sau unor valențe simbolice (simbol al dragostei între parteneri; feminitatea demonstrată prin progenituri) și axiologice (avantaje materiale). *Cauzele propriu-zis familiale* care îndeamnă femeile la a avea copii țin de cimentarea căsniciei, de dorința expresă a soțului, de considerente privind continuitatea de-a lungul generațiilor.

Acceptarea sarcinii sau nou-născutului se relevă nu numai în acte de comportament (inclusiv de comportament verbal), ci și în reacții psihosomatice.

În cercetări făcute pe *gestante multipare*, care aveau în antecedente avorturi spontane, Ursula Șchiopu și Magdalena Munteanu (1979) au constatat locul central pe care-l ocupă anxietatea. Dacă gestantele urmărite fac eforturi (în plan conștient) pentru menținerea sarcinii, cu dorința aproape obsesivă a maternității, există frecvent o rejectare inconștientă întreținută de experiențe asociate (refuzul identificării cu propria mamă, frica de a pierde afecțiunea celor din jur, sentimente de culpabilitate). Analiza viselor simbolice dezvăluie fie atitudinea negativă față de sarcină, fie nevoia rezolvării fantastice a stărilor actuale de disconfort. Deși sarcina este biologic un proces normal, ea reprezintă "o stare excepțională care pune în evidență toate resursele fizice și psihologice ale femeii... un obstacol peste care femeia trece cu destul de mare dificultate".

Corelații psihice ale unor boli acute și cronice

Generalități

În capitolele despre durere și anxietate - ca și în cele despre reacțiile personalității față de boală - schițăm câteva dintre aspectele ce urmează să fie continuate și concretizate în cele ce urmează.

"Impactul" bolii asupra persoanei se face la diferite nivele și după diferite modalități. Considerând persoana ca un sistem structurat, susținut de o individualitate biologică, vom deosebi influențele care se petrec în elementele structurii anatomice (de ex. alterarea toxică a neuronilor, modificări de cronaxie ale fibrelor nervoase) de *reacțiile* persoanei ca ansamblu psihofizic, cu eventualele ei *riposte* și *compensări*; vom deosebi, de asemenea, fenomenele de *deficit* de fenomenele de *liberare* (prin slăbirea unor funcții de control); fenomenele de *dezintegrare* de procesele de apărare etc. Personalitatea este *alterată* de boală, dar totodată poate lua *atitudine* față de boală.

S-ar putea schița o "listă" de *efecte posibil negative* și de *efecte posibil pozitive* ale bolii "în genere". Boala crește egocentrismul, egoismul și iritabilitatea; scade libertatea (inițiativa, mobilitatea fizică și spiritală, energia, rezistența). Boala face să regreseze, disociază și, uneori, degradează personalitatea; aceștia îi scade capacitatea creatoare și obiectivitatea, îi slăbește rațiunea și voința; sporește sugestibilitatea și intensifică viața afectivă (care devine însă mai rudimentară). În unele cazuri, se poate vorbi de reducerea "personalității" la rangul de "simplă persoană" și, mai departe, la cel de "simplu individ

biologic". Boala alterează temperamentul și caracterul; nu numai că scade capacitatea de muncă, dar interferează diferitele aptitudini (C. Belciugățeanu). Boala schimbă, în orice caz, momentan sau durabil, ierarhia valorilor (de pildă, sănătatea devine un "bun suprem"; efortul combativ pe plan social este privit cu antipatie). Pe plan psihosocial, boala poate duce la un complex de inferioritate, la "rușinea de oameni" cu ocolirea lor (însingurare). Ea poate determina nu numai o exacerbare a egofiliei, dar și o netă mizantropie, sentimente de ură față de ceea ce este pozitiv, dorința de a îmbolnăvi pe alții sau aceea de "a îngropa universul sub ruinele tale". Proiectarea viitorului e amenințată, de unde adoptarea filosofiei lui *carpe diem*, cu relaxarea controlului moral și exacerbarrea setei de gratificații (nu numai intelectuale). Pe plan propriu-zis spiritual, boala poate însemna *conversiuni* religioase: ateism sau, dimpotrivă, bigotism. Boala înseamnă relevarea fragilității, a suferinței, a "răului" care există în lume – de unde atitudini pesimiste, fataliste, nihiliste etc.

După Bloch și Sivadon (1963), orice atingere a integrității persoanei duce la o reacție de protecție de tip regresiv. Organismul se închide spre sine în sensul poziției fetale și caută condițiile ce permit să-și reducă contactul cu un mediu prea eterogen. Organismele animale superioare tind să găsească o protecție de tip parental, relația dintre cel îngrijit și cel care-l îngrijește reproducând întrucâtva "fixarea" puiului de adultul din preajmă [întipărirea (*Prägung*) descrisă în etologie, studiată de către Lorenz și Tinbergen]. Se reiau atitudini infantile, dintre care cele mai caracteristice sunt: a) *reducția temporospațială* (bolnavul trăind în "aici" și "acum", nu suportă nici așteptările); b) *egocentrismul* (într-un înțeles apropiat de cel folosit de J. Piaget); c) *dependența*, ușor lunecând spre tiranie (bolnavul are nevoie de alții care să-l îngrijească, dar să-i și dea atenție). Corolarul acestei regresii este *transferul* atitudinilor sale infantile de altădată față de enturajul parental, către personalul care-l îngrijește. La acest personal pot apărea atitudini complementare de *contratransfer*, de atașament de tip matern sau patern (ca în tratamentul psihanalitic). Firește că o comunicare afectivă neadecvată poate genera atitudini ostile și comportamente vecine cu sadismul. Autorii susțin că atitu-

dinile de transfer și contratransfer, în regresii profunde, sunt de-sexualizate; dar ele îmbracă aspecte de tip erotic în regresii mai ușoare (în boli mai puțin grave), ca și în cursul ameliorării. Vindecarea implică o reluare a autonomiei persoanei. Există, așadar, o dublă cerință: bolnavul trebuie să regreseze pentru a putea fi mai bine îngrijit, dar să-și recapete autouomia pentru a se vindeca mai bine.

Boala are însă și eventuale efecte *pozitive*, care pot fi majorate printr-un *bon usage de la maladie* - după expresia lui B. Pascal. Ea duce - prin contrast - la o înaltă apreciere a sănătății, a vigoriei, a trupului, a simțurilor, a clipei. Pe planul valorilor, ea obligă la o reconsiderare a lucrurilor și a aprecierilor, cu o reprimare a preocupărilor futele și vane. Această restructurare a tablei de valori este bine exprimată în jurnalul Katherinei Mansfield. Semnalarea fragilității persoanei poate determina hotărârea de a renunța la *amânări*, pentru a trece - imediat ce va fi posibil - la luptă, realizare, creație. Un asemenea prilej de *reconsiderare* este un prilej de *spiritualizare*. Suferința este o școală - spunea O. Wilde în *De profundis*. Oricum, ea poate crește empatia și simpatia pentru alții, poate dezvolta spiritul de înțelegere și de iertare. Dar și simpla deconectare de activitatea zilnică, ca și simpla "deproblematizare" în acest sector al tensiunilor cotidiene și rutiniere, poate fi privită ca un efect *virtualmente pozitiv*. Meditând asupra bolii, bolnavul poate câștiga o filosofie pozitivă, în care se asociază admirația pentru "miracolele" corporalității, ale lui *De corporis fabrica* (cum spunea Vesal) și pentru puterea vindecătoare a naturii (*vis medicatrix naturae*), cu note de materialism dialectic spontan (faptul interdependenței somatopsihice) și cu note de etică a toleranței. Nu este mai puțin adevărat că, la o minoritate de bolnavi, se ajunge la elaborarea unei filosofii a hazardului și a absurdului, a unui ateism *sui-generis* etc.

Medicului îi incumbă o reală răspundere în a *susține efectele pozitive* ale bolii și în a *combate efectele negative*. Trebuie ca el să lupte împotriva "cercurilor vicioase", care duc la depresiune și la viziune pesimistă - punctul de plecare a lor fiind cenestezia perturbată și durerea. Întreg haloul afectiv legat de starea de boală poate fi influențat pe cale de contact interpersonal și pe cale de *cultură*.

Menționăm, în fine, că starea de boală (inclusiv spiritualizarea) este un bun prilej de educație sanitară și de îndrumare rațională în privința "artei de a trăi".

*

Când vorbim despre "reacțiile" la unele boli acute sau cronice, ne gândim desigur, mai întâi, la un tablou *specific* al "simptomelor" psihice, adică la un tablou *alosppecific*. În realitate *faciesul* bolii, "patoplastia" sa (Birnbau) - este, mai ales pe plan psihologic, *idiospecific**. Cu cât este mai puternică noxa exogenă și cu cât contează mai puțin predispoziția endogenă, cu atât mai pur este așa-numitul "tip de reacție exogen" (adică cu atât mai *alosppecific* este tabloul). Când noxa exogenă este slabă, iar predispoziția este puternică, tabloul de "reacție" este colorat endogen (Krisch, 1920) sau idiospecific. Se pot deosebi simptome *obligatorii* (alospesifice) și simptome *facultative* (alospesifice sau idiospesifice). Reamintim că multe dintre simptomele psihice *obligatorii* pot fi "nespesifice" din punct de vedere al diagnosticului (de ex. cefaleea, oboseala).

Durerea este considerată de către unii autori un simptom subiectiv *somatic*, în timp ce schimbarea de poziție, de exemplu, ar fi un *simptom subiectiv psihic* (J. M. Crawford, 1963).

Simptomele subiective sunt cele care alcătuiesc *tabloul nosologic*: dar - repetăm - nu orice manifestare psihică a bolnavului legată de boală este un simptom. Ansamblul de simptome trebuie reconstituit ținând seama de istoria apariției lor și de conexiunea cu istoria semnelor obiective. După autorul citat, observarea comportării bolnavului este analoagă inspecției, iar ascultarea declarațiilor sale este analoagă auscultației; autorul vorbește de o "psihopalpație", care se dobândește prin experiență clinică.

* Reamintim că termenul *alosppecific* se folosește pentru a desemna reacțiile din care se poate citi calitatea și cantitatea excitantului (de ex. anticorpii, percepția adecvată) iar termenul *idiospecific* pentru cele care relevă doar însușirile sistemului reactiv (de ex. contracția fibrei musculare după legea "tot sau nimic" sau iluzia).

*

Nu este oare exagerat să afirmăm că un studiu detaliat al modificărilor psihologice imprimate de fiecare stare (entitate) morbidă ar avea, pentru clinician, o valoare tot atât de mare ca și expunerea simptomelor și a semnelor obiective? Homeopații susțin că nu este nici o exagerare. Însă *capacitatea* de a constata și a expune - de exemplu o simptomatologie subiectivă nuanțată - este extrem de variabilă de la un individ la altul.

Istoria psihologică a bolii este săracă în cazul siderării bruste a organismului - de pildă în infecții sau intoxicații acute - când funcțiile organismului sunt obnubilate sau dezagregate. Studiul afecțiunilor mai benigne este mai interesant - și foarte captivant devine studiul afecțiunilor cronice.

Pe plan afectiv întâlnim interesarea sensibilității la durere și la suferință, interferarea reacțiilor emoționale, temperarea sau sublimarea pasiunilor; apar sentimente de destindere, de revoltă etc. Exteriorizarea cuprinde gama variată de la atonie, pasivitate - la exuberanță, combativitate, agitație. Bolnavul trăiește aspecte (uneori noi!) de teamă, anxietate, angoasă, desperare. *Tendențele instinctive* sunt altfel orientate: se remarcă atenuarea celui sexual, prevalarea celui de conservare și de posesiune (egoism). Ultimele sunt corectate prin instanțele morale sau religioase (resemnare etc.). *Caracterial*, bolnavul devine un om dificil, "acru" - câteodată mai stăpân pe sine, de obicei mai labil. Este neîncrezător, nemulțumit, pretențios, ultrasensibil la atenția care i se dă.

În bolile acute, individului i se impune o adaptare rapidă greu de realizat: reacțiile pot fi violente. Dar modificările psihologice sunt *fugace*, ele nu impregnează și nu restructurează durabil (sau definitiv) fondul mental. Toate planurile și sectoarele eului sunt perturbate (modificări globale). Bolnavul este de obicei credul și sugestibil.

În schimb, în bolile cronice asistăm de multe ori la o transformare durabilă a Eului care se face în mai multe cazuri - de la teamă și anxietate, prin revoltă, la o alterare supărătoare a afectivității, a simțului de datorie și, în general, a simțului social. Preocupările

progresive în sectorul vegetativ-organic determină o reducere a vieții intelectuale. Nu rareori se exacerbează simțul artistic și *creativitatea* artistică (ca și cum o impregnare toxică, moderată, ar constitui prin ea însăși un stimul). Modificările *pozitive* în sectorul caracterului se observă numai la structurile puternice ("suflete tari"); firile slabe se lasă copleșite. Unii bolnavi devin amorfi, inconștienți; la alții se exacerbează genialitatea. Se reorganizează conduita, viața personală și socială în funcție de capacitățile restante și de obiectivele noi (sau vechi) ale vieții. K. Goldstein a observat că, la bolnavii cu leziuni cerebrale, scăderea capacității de a "domina" un mediu divers și de a se adapta la o viață cu elemente de neprevăzut generează un deosebit spirit de ordine și tabieturi conștiințioase prinse și respectate.

Cerințele bolnavului în ce privește terapia și comportarea medicului sunt discutate în alte capitole.

Problema cea mai serioasă a bolilor cronice este reîncadrarea în viața normală, "re-abilizarea" - primejdia majoră fiind conservarea unei *organizări mentale patologice*, dincolo de sfârșitul (sau de echilibrarea) procesului organic (somatic).

Corelațiile psihice ale bolilor cuprind influențe de ambele sensuri: "reacții" psihice la boală și "reacții" ale procesului morbid la procese psihice. Interacțiunea poate fi de tip "ciclu vicios" (agravare reciprocă) sau, dimpotrivă, favorabilă vindecării și recuperării.

"Sindromul psihic de însoțire" poate fi privit din foarte multe puncte de vedere, din care menționăm câteva:

a) *nosologul* se întreabă despre valoarea sa diagnostică și se va interesa de anamneză;

b) *clinicianul* terapeut se interesează și de implicațiile sale în tratament;

c) *psihometricianul* e mulțumit dacă poate stabili un tabel analitic de variații cantitative ale aspectelor investigate (memorie, atenție etc.); el va furniza cifre care să arate în ce procent de cazuri există *abateri* de o anumită amploare;

d) *psihiatrul* va tinde, mai ales, să pună "etichete" de sindrom sau maladie (delir, confuzie, sindrom depresiv etc.) - însă psihologia medicală clinică nu este o "mică psihiatrie";

e) *neuropatologul* va observa, eventual, pseudonevroze (generate de alterarea nespecifică a funcțiilor cerebrale) sau nevroze veritabile (reflectând un conflict);

f) *psihanalistul*, "psihodinamistul" se vor întreba care sunt alterările de *ego* produse (inclusiv regresiiunile); vor căuta dacă nu s-a produs, eventual, o "demascare" a unui vechi conflict intrapsihic; vor identifica modalitățile de apărare folosită de *ego*, se vor interesa de biografie (mai ales de prima copilărie);

g) *psihopatologul* va cerceta modificările marilor funcții psihice și cele alte *structuri* sufletesti;

h) *constituționalistul* va raporta constatările la tipul constituțional, la baza temperamentală, la "teren";

i) *psihosomaticianul* se va întreba dacă boala nu este o *expresie somatică*, dacă "nu a venit în întâmpinarea sufletului" (W.v. Weizsäcker), dacă în etiologie nu participă traume sau drame;

j) *personalistul* se va ocupa de modificările, alterările, dezintegrările, degradările personalității; de deosebirea *efectelor-reacții de efecte-riposte*; de depersonalizări, de influențarea, prin boală, a *devenirii evolutive*;

k) *adeptul medicinei antropologice* se va întreba de semnificația bolii pentru persoană și va cerceta valori, idealuri, responsabilități;

l) *fenomenologul* va căuta să "înțeleagă" mai mult decât să "explice" cazul;

m) medicul de orientare *analitic-existențială* va cerceta situațiile-limită, angoasele, relațiile cu ideea de moarte, însingurarea și posibilitățile de a o depăși;

n) *neuropsihologul evoluționist* va căuta interpretarea simptomelor după schema jacksoniană a pierderii, a liberării, a "subducțiunii" (coborâre de nivel), sau după alte scheme (C. v. Monakow).

o) *psihosociologul* va avea în vedere relațiile sociale și modificarea de "rol".

În această enumerare nu am ținut seama decât de o parte din punctele de vedere ale medicilor și ale psihologilor - și nu de poziția bolnavilor sau a personalului nemedical de îngrijire.

Marile dificultăți în calea explorării psihopatologice sau psihiatrice a bolilor țin, între altele, de faptul că experiența "sufletească" este individual-unică; observarea "din exterior" - metodă larg răspândită în alte științe - este inaplicabilă stărilor subiective; introspecția nu poate fi făcută decât "de sine și pentru sine" etc. Principala dificultate rezidă în aceea că "factualitatea" experienței subiective este sesizabilă numai prin mijlocirea declarațiilor verbale, orale sau scrise; raportul verbal depinde însă de capacitatea de autoobservație, de memorie, de vocabular (și cultură), de onestitate. Limbajul poate fi deficient în cuvinte care să descrie experiența subiectivă. Vorbirea (*la parole*), "comanda individuală" a cuvintelor, disponibilitatea terminologiei adecvate, variază enorm de la o persoană la alta: un scriitor, un actor, un agricultor vor descrie în mod diferit stări sufletești cu totul asemănătoare. În funcție nu numai de cultură, dar și de *Weltanschauung*-ul propriu, pacientul va pune accentul fie pe ceea ce este particular în drama sa interioară, fie pe concomitențele "fizice" (ca durerea, cefaleea, amețeala) sau va încerca o caracterizare "abstractă" a stării sale (astenție, depresiune etc.) folosind termeni medicali, depersonalizați.

S-a insistat, cu alte ocazii, asupra necesității depășirii "iatrocen-trismului".

De fapt, tratatele de patologie clinică nu prezintă (în general) aspectele concrete ale situației de boală, ci o sistematizare de date utile intelectului unui diagnostician și terapeut. Marele succes al lecțiilor clinice ținute de G. Ramon se datorează în mare măsură prezentării *viu* a contactului medicului cu o situație concretă, contact urmărit pe parcurs. Problemele sunt văzute totuși, în toate aceste cazuri, din punctul de vedere al medicului care trebuie să descifreze și să acționeze. Am putea vorbi despre un "punct de vedere iatrocen-tric" (de la *iatros* - în elină, medic). Acest punct de vedere nu este însă singurul care condiționează comportamentul adecvat al personalului medical sau al personalului de îngrijire. O anumită boală înseamnă *altceva* pentru medicul care examinează sau care-și face vizita cotidiană, *altceva* pentru medicul care-și face contravizita sau pentru cel care operează, *altceva* pentru soră sau pentru infirmieră și -

bineînțeles - *altceva* pentru bolnav. Importanța concretă a detaliilor ce fac parte din complexul situației morbide este diferită pentru fiecare dintre persoanele angajate: o durere nespecifică (de exemplu, o cefalee) poate fi fără însemnătate pentru diagnostician, dar chinuitoare pentru pacient; incontinența de materii poate fi penibilă mai ales pentru îngrijitoare. Ar fi indicat ca fiecare capitol de patologie clinică să includă și paragrafe referitoare la aceste aspecte. Punctul de vedere al bolnavului trebuie cunoscut de către medic mai ales când este vorba de boli frecvente, de boli grave sau de boli în care cooperarea bolnavului este esențială.

*

O schemă cât mai completă a corelațiilor psihice din diferitele boli ar trebui să cuprindă, după părerea noastră, următoarele aspecte:

a) probleme de etiologie (psihologică, spirituală, axiologică, psihosocială), la rândul lor grupate sub două paragrafe: fondul personalității predispușe (dacă există) și traumele, dramele, *stress*-urile implicate;

b) problema oportunității cunoașterii diagnosticului și a prognosticului de către bolnav (a spune sau a nu spune adevărul);

c) reacția psihologică la boală: adaptarea la boală și adaptarea la tratament;

d) particularități psihologice ținând de spitalizare sau de dispensarizare, de mijloace terapeutice, de relația medic-pacient;

e) factorii psihologici în evoluția bolii;

f) indicații și contraindicații ale diferitelor forme de psihoterapie;

g) problemele legate de nosofobie și de frica de moarte.

Bineînțeles că psihologia medicală de până acum este departe de a oferi material satisfăcător pentru a adăuga, la fiecare capitol din tratatele de terapeutică, un subcapitol care să cuprindă toate aceste aspecte. În lucrarea de față vom căuta să ne mărginim la câteva afecțiuni, grupe de afecțiuni sau chiar ramuri medicale.

Corelații psihologice ale bolilor endocrine

Faptul că numeroase boli endocrine cuprind în tabloul lor clinic unele simptome psihice a constituit punctul de plecare al acelor perspective constituționaliste care puneau accentul pe rolul glandelor endocrine în modelarea temperamentului (Parhon 1900; L. Levi, N. Pende etc.). În 1933, Hoskins afirma că tot ceea ce face din om, *un om* - pe plan fizic, sufletesc, emoțional sau sexual, se datorează, în cea mai mare parte, glandelor endocrine. În 1953, L. Lurie susținea că tulburările endocrine sunt o cauză (care nu poate fi neglijată) a delicvenței infantile! După 20 de ani, experiența terapiei cu cortizon a arătat că "hormonii pot suprima chiar și hegemonia cerebrală" (Sulman), adică pot să facă dintr-un om, *neom*. În conformitate cu acest ultim autor, organismul este o rezultată a eredității și a mediului (în "mediu" intrând și experiențele de viață!), dar glandele endocrine, care influențează profund organismul, sunt o sumă a acestor două instanțe. De fapt - gândirea endocrinologică a acordat treptat (și pe bună dreptate) o însemnătate din ce în ce mai mare legăturilor endocrinonervoase și neuroendocrine, în special celor care se realizează la nivelul hipotalamusului. Rolul hormonilor în adaptare și în emoție evidențiază, de asemenea, "unitatea" dintre psihic, neurovegetativ și endocrin, pusă la baza unor considerații de *medicină psihosomatică* de către H. Meng și colaboratorii. În sectorul bolilor endocrine este frecventă și ușor de urmărit legătura dintre trauma afectivă și apariția (sau agravarea) unei boli (basedow-ul de spaimă, amenoreea de război) etc. Firește, argumentele cu cea mai mare greutate vin din sexologie. Constituția sexuală, libidoul, viața genitală depind hotărâtor de hormoni, iar pubertatea, climacteriul, sarcina (dar și ciclul menstrual) se însoțesc de variații marcate ale vieții psihice, uneori dincolo de limitele stării de sănătate mentală. Sferei sexuale îi vom acorda însă un subcapitol special.

Simptomele psihice din endocrinopatii sunt nu doar mai frecvente, dar și mai *caracteristice* decât în alte boli. Manfred Bleuler a vorbit (1958) despre *psihosindromul endocrin*, având însă rezerve în ce privește "specificitatea" acestuia. De fapt M. Bleuler (ca și C. I.

Parhon cu 50 de ani mai devreme) a fost interesat mai mult de relația endocrinopatiilor cu stări psihotice - și în acest domeniu situația este încă neclară. C. I. Parhon, pe baze empirice, admisesse (1909) o relație a tireopatiilor (mai ales) cu psihozele afective (mania, melancolia). Datele clinice îndreptățesc pe unii autori contemporani (Joel și Sulman, 1960) să considere că în *sindromul Cushing* se găsește prototipul unei tulburări endocrine, care se manifestă *psihotic*, de multe ori ca o psihoză *periodică* (alternanță de euforie și depresie, de anxietate și resemnare, respectiv apatie). Notăm că în hipercorticismul "spontan", ca și în cel iatrogen (tratamente cu cortizon) întâlnim câteodată confuzie mentală, halucinație, amnezie; s-au comunicat cazuri de sinucidere. În mixedem, stările depresive sunt frecvente, stările manice - excepționale; dar se pot întâlni sindrome discordante și deliruri halucinatorii. Este interesant să menționăm și aici că teoriile recente, cibernetice, asupra genezei periodicității în psihoza maniaco-depresivă incriminează cuplul hipofiză-tiroidă (Danzieger, C. Bălăceanu ș.a.).

Dacă nu există efecte psihologice specifice ale hormonilor, există în schimb efecte ce apar cu mare frecvență. Efectele depind de constituție, predispoziție, situație, *personalitate*. Tulburările endocrine clinice sunt, de obicei, complexe și pluriglandulare - fapt care îngreunează stabilirea unor corelații clare. Legătura hormonilor cu viața afectivă și cu viața instinctuală, reală și importantă, este și ea lipsită de liniaritate și de specificitate.

Modelul fiziopatologic care a dominat timp de două decenii patologia psihosomatică și corticoviscerală a endocrinopatiilor a fost *sindromul general de adaptare* "elaborat" de H. Selye din 1946. În axul acestei reacții endocrine comune multor agresiuni (reacția "banală" la *stress*) a stat corelația hipofiză-suprarenală, cu insistență asupra corticosuprarenalelor, fără a neglija însă și catecolaminele. Completări și corectări la modelul lui Selye au introdus în model și în alte organe endocrine: tiroida, pineala, pancreasul, gonadele - vorbindu-se din ce în ce mai mult de *solicitare* endocrină - și din ce în ce mai puțin de reacții *nespecifice* sau de "deraieri" ale reacției hipotalamohipofizare. În ultimul deceniu, o restructurare a concepțiilor

noastre este impusă de situarea în primele rânduri a unor reacții imunologice, boala Basedow clasică fiind atribuită unui factor de stimulare de natura anticorpilor. Corelația psihosomatică se deplasează, astfel, într-un domeniu vecin cu cel al reacțiilor alergice.

De mare însemnătate teoretică și practică rămâne însă relația dintre *tulburările endocrine și cele nervoase*. În accepția cortico-viscerală a nevrozelor, dereglarea relațiilor funcționale cortico-viscerale, indiferent de cauză, este capabilă de a duce la o tulburare patologică a secreției endocrine, indiferent prin ce mecanism. În acest sens, s-a elaborat teoria patogeniei unice și a evoluției în stadii a hipertiroidismului - în care stadiul nevrotic este considerat a fi stadiul inițial (obligator). În accepția psihosomatică a nevrozelor, "nucleul" tulburărilor este un conflict psihic, astfel încât terapia endocrină (hormonală și antihormonală) nu poate rezolva problemele (H. Meng).

La nivelul psihofiziologic, hormonii produc modificări ale funcțiilor psihice "elementare", care pot fi explicate prin acțiunea lor asupra metabolismului nervos, asupra echilibrului ionic (de care depinde excitabilitatea nervoasă), asupra cronaxiei etc. Dependența dezvoltării sistemului nervos central de o bună impregnare tiroidiană este bine cunoscută. În aceeași categorie de influențe, întră hiperemotivitatea, anxietatea (uneori fobică) și labilitatea hipertiroidienilor (explicată, după Danielopolu, printr-o amfotonie); labilitatea, hiperexcitabilitatea, spasticitatea și anxietatea tetanicilor hipoparatiroidieni (și apatia hiperparatiroidienilor); stările crepusculare și de inconștiență din hiperinsulinism (cu hipoglicemie). Sistemul nervos este alcătuit din "organe-țintă" pentru hormoni, în sensul biochimic al acestui cuvânt (există un tropism pentru creier al multor hormoni).

Cercetările efectuate de Milcu, Demetrescu și Catargi au evidențiat rolul impregnării (sau lipsei de impregnare hormonală) a hipotalamusului în geneza unor stări de tip nevrotic.

Probleme particulare privind corelația psihoendocrină sunt puse de pseudosarcină (amenoree), de obezitate (cu coeficient endocrin variabil), de cașexia hipofizară (boala Simmonds). În ultimul caz, este dificil diagnosticul diferențial cu anorexia nervoasă, existând și faze

de trecere între ele. În boala Simmonds, evoluția se însoțește frecvent de cazuri psihiatrice tipice, "didactice", pornind de la "lene", apatie și indiferență, trecând prin mutism și amnezie, până la depresiune, halucinații, deliruri acute și psihoze cronice. Anorexia nervoasă a fost considerată ca o problemă de mare valoare euristică, în medicina psihosomatică; H. Meng a privit-o ca o "psihoză de organ". Prin acest ultim termen - care nu are o acceptare largă - se înțeleg afectări ale organelor (mai ales digestive și endocrine, adică a celor implicate în pulsuni instinctive și în emoție), consecutive unor tulburări grave conflictuale ale persoanei. Modificările funcționale sunt adesea calitative: organul nu este numai inhibat, epuizat, meipragic; nu este numai "obiect" (loc de lichidare a conflictelor), ci "subiect" (ego-ul este primitiv bolnav). Regresiunea acestor bolnavi este mai mare decât la nevrotici; eul se depărtează de lumea exterioară; se produce o depersonalizare (cu neclaritate a limitelor dintre eu și lume); apar reacții paranoide. Se remarcă și o atenuare a durerilor (dar totodată și o lipsă a tendințelor masochiste).

Este de notat că, după H. Meng, psihoterapia poate fi utilă în endocrinopatii, iar endocrinoterapia poate fi utilă în nevroze și psihoze - multe boli neuropsihice având infrastructuri sau asocieri de boli "organice", multe boli viscerale având suprastructuri (supra-etajări) psihologice. Pe de altă parte, dezechilibrul endocrin "dezechilibrează" și instanțele psihice, homeostatice și adaptative ale persoanei. Conflicte latente pot deveni manifeste; endocrinopatia poate (re)actualiza o nevroză.

C. I. Parhon a descris nevroze compulsionale în hipertiroidism, dar a căutat o explicație simplă, endocrinocerebrală și "actualistă" a acestora (relație cauză-efect, făcând abstracție de trecutul bolnavului și de psihologia sa abisală). În sfârșit (H. Meng), unele *efecte psihoterapeutice* intră în cadrul "sindromului de adaptare" descris de H. Selye, care are o însemnată componentă endocrină (nu numai hipofizocorticosuprarenală).

Nu trebuie să uităm că multe endocrinopatii schimbă înfățișarea corporală, ceea ce constituie o sursă de îngrijorare sau nemulțumire, uneori o adevărată dramă.

În finalul acestui subcapitol, trebuie să recunoaștem că explorările efectuate de psihosomaticieni pentru conturarea unor personalități-tip predispușe la unele endocrinopatii, nu au dus la rezultate mulțumitoare. Viitorul hipertiroidian ar fi o persoană având nevoie de o dragoste de nivel superior celeia pe care o obține sau o poate obține; "răspunsul la frustrare ar fi masiv și arhaic, de natură agresivă, traducând o dorință inconștientă de moarte; reînvierea acestor fantasme, mai ales în vis, dă loc la sentimente intense de anxietate și de culpabilitate". După alții, o identificare precoce cu un rol matern depășind posibilitățile psihologice ale subiectului, "duce la o luptă persistentă împotriva anxietății cu atitudini de pseudomaturitate și mai ales cu apărări (teamă de moarte sau de sufocație), antrenând o nevoie compulsivă de a întreține activitățile cele mai temute". Lucrările acestea aparțin lui Ham, Alexander și Carmichael (1951), lui Mandelbrot și Wittkower (1955). Lidz (1949) a descris o "tendință impulsivă la sarcini repetate". Mai concrete ni se par constatările lui Flagg și colab. (1965), care au constatat răspunsuri tiroidiene și neurovegetative mai puternice și mai prompte la prezentarea unor filme stressante.

Diabetul zaharat cunoaște factori emoționali declanșatori și factori emoționali de influențare a evoluției. Dinamica inconștientă a diabeticii este modulată prin relațiile sale cu alimentele: obiceiul-aliment fiind totodată dorit și temut (Luminet). Diabeticul are puternice tendințe incorporative, cu tonalitate sadică-orală (Alexander): fixațiuni sau regresii secundare bolii? De aici este numai un pas prin a afirma că "foamea diabeticului este o foame de dragoste maternă".

Personalitatea diabeticului *tânăr* a fost, în adevăr, examinată mai ales din perspectiva relațiilor sale cu mama (Brusch, 1949). Impresia cititorului este că tipurile de relații influențează, *printre altele*, și controlul satisfăcător al diabetului. Mai interesante ni se par speculațiile privind folosirea secundară a bolii drept suicid potențial permanent. Complicațiile diabetului apar (Stearns și Boston, 1959) ca un fel de echivalente suicidare, prin pasivitate, bolnavul simțind agravarea simptomelor dar abținându-se să le combată.

Hormonii nu pot *matura* personalitatea unui bolnav sufletește imatur (M. Bleuler, Benedetti). Ei nu pot introduce, de exemplu, o "omenie veritabilă" în cadrul eroticii; de obicei, androgenii nu sunt în stare să reorienteze libidoul deviat al unui homosexual.

Afecțiunile sferei genitale

Afecțiunile sferei genitale au un puternic răsunet emoțional din cauza implicațiilor precoce și profunde ale personalității în dezvoltarea pulsionii sexuale (și a tendințelor libidinale în general). Detaliile anatomice și funcționale ale aparatului sexual, amănuntele vieții sexuale, au conotații simbolice și interpretări socioculturale. Există o întreagă "mitologie populară", care se cere demistificată de către medicul consultant (Luminet, 1973). Viața sexuală, avortul, sterilitatea, nașterea - au fost subiecte de monografii ample, la care este trimis cititorul pentru informarea corespunzătoare. Nu trebuie să uităm că viața sexuală este supusă la reglementări sociale, morale, juridice - cu *tabu*-uri: consecințele acestor reglementări asupra sănătății mentale și fericirii au constituit materialul larg exploatat de către psihanaliză. Invers, repercusiunile stării psihologice și nervoase asupra sferei genitale sunt numeroase, ample și fine. Impotența, frigiditatea, dispareunia nu sunt însă capitole de psihologie medicală *stricto sensu*. Tulburările de sexualitate ale organismului (care au la bază anomalii cromozomiale, endocrinopatii genitale sau endocrinopatii banale) afectează în schimb atitudinea persoanei față de propriul corp și pot constitui motivația unui apel la medic, chiar dacă nu există o suferință de tip organic: pentru rațiuni de ordin estetic sau - *in extremis* - pentru o corectare somatică a caracterelor sexuale (heterosexuale) nedorite. Numeroase tulburări endocrine "psihosomatice" afectează (probabil prin mijlocirea hipotalamusului) sfera genitalității. De exemplu, virilismul se însoțește de nesiguranță de sine, de complexe de inferioritate, de fugă de lume, de depresiune și de frigiditate. Prin compensare (?) se poate ajunge la homosexualitate și la psihoze paranoide. S-au mai descris: agresivitate și aversiuni pentru bărbați, astenie,

“istero-neurastenien”, halucinații, crize epileptiforme etc. Rădăcina tuturor acestor modificări psihice rezidă probabil în incertitudinea pacientei, care nu știe dacă trebuie să se numere mai departe printre reprezentantele sexului feminin sau să rupă cu trecutul și să se considere o ființă masculină.

Nu este lipsit de interes să amintim că, în perioadă inițială a cercetărilor sale psihanalitice, când era pătruns de spirit fiziologist, S. Freud a asemănat tulburările date de desfășurarea anormală a vieții sexual-genitale (ex. abținerea) cu autointoxicațiile. Până în ultimul deceniu al activității sale, Freud a susținut (impresionat și de succesele endocrinologiei) că psihoterapia este numai o soluție actuală (momentană, de moment istoric) a unor cazuri, care în viitor vor fi susceptibile de un tratament “biologic” (de exemplu hormonal).

Alergiile

Alergiile fac parte din grupa afecțiunilor imunologice. Se știe azi - pe bază de documente clinice și de cercetări experimentale - că reacțiile imunitare pot fi influențate (modulate) de către factori nervoși. În particular, factori psihici (nu numai emoționali, ci și de “reprezentare” sau identici) pot declanșa o criză. Este citată observația lui Mackenzie care a provocat, la o pacientă alergică față de trandafiri, un acces de astm, prezentându-i un trandafir de hârtie. Există condiționări ale crizelor de astm și stări emoționale particulare, care introduc anumiți pacienți în criză: anxietate, o stare de mânie trăită într-o stare de excitație difuză (F. Deutsch, P. Knapp). Autorii de inspirație psihanalitică analoghează astmul bronșic cu un strigăt inhibat. Explorarea personalității alergicilor a relevat conflicte fundamentale în toate stadiile de evoluție: oral, anal, genital. Conflictul inconștient se pot manifesta *alternativ* ca tulburări alergice sau ca tulburări psihiatrice. S-a mai subliniat “sărăcia proceselor intermediare ale elaborării anxietății”, iar P. Marty (1957) a susținut o relație specială obiectuală, având drept nucleu o identificare nereușită cu obiectul “dorit”.

Psihologia cardiacului

Vom lua în considerare, mai întâi, *rolul cardiopatiei și al circulației defectuase* (a procesului organic sau funcțional) în determinarea tulburărilor psihice (de însoțire sau care complică boala). De mare importanță sunt tulburările hemodinamice. O hipotensiune cerebrală, un spasm sau o scleroză a arterelor ce irigă creierul - prin încetinirea circulației - pot duce la simptome foarte variate, depinzând de ereditatea și de temperamentul bolnavului. Variațiile tensionale se repercutează (după Abély, Assailly și Laine) mai ales în sfera afectivă. Cu peste un secol în urmă, Bouillaud vorbea despre o *folie cardiaque*.

În *insuficiența aortică*, denivelările de tensiune arterială se reflectă prin oscilații ale diferiților parametri ai vieții mentale (Laubry), cazul lui Alfred de Musset fiind considerat un caz foarte ilustrativ. Dar denivelările pot provoca o “iritație” a celulelor nervoase, capabilă să trezească o psihoză, latentă până atunci. După Kanatsoulis, la insuficiența aortică se constată alternanțe între faze de activitate inspirată și debordantă și faze de descurajare, de inerție, de desperare. Alți autori menționează că aorticii sunt “erotici, capricioși, uneori cu tendințe paranoide”.

Mitralul este, de obicei, trist și sumbru (Corvisart), taciturn, depresiv (până la tentative de sinucidere) și (deseori) cu idei de persecuție. Alți autori descriu o deosebită sensibilitate la traume psihice, trăsături isterice sau psihastenice.

În *bolile congenitale cianogene*, copiii sunt apatici, fatigabili, lenți, somnolenți - poate ca urmare a vasodilatației cerebrale datorită hipercapniei (Bouckaert și Jourdan). Modificările psihopatologice se întâlnesc în cel puțin 25% din cazuri (Gruhle), uneori sub formă de debilitate mentală.

În *hipotensiunea arterială* sunt caracteristice oboseala, entuzișmul exagerat, cu lipotimii și sincope. Nu rareori în hipotensiunile “idiopatice” întâlnim hipocalcemie și alcaloză, care contribuie la starea de “neurastenien” și de anxietate. S-au descris deliruri de origine circulatorie, însoțite de hipotensiune arterială.

În *arterioscleroză* avem de luat în considerare mai ales manifestările progresive și lente de arterioscleroză cerebrală. În timp ce funcțiile intelectuale sunt din ce în ce mai deficitare, particularitățile personale se intensifică și devin "caricaturale". Impresia și teama de agravare și izolare determină modificări caracteriale cu aspecte de iritabilitate, grandomanie, avariție: "când Harpagon nu-și mai găsește caseta, trebuie să ne temem de soarta arterelor sale cerebrale" (Laubry). Mizantropia și delirul de persecuție sunt frecvente.

În *cordul pulmonar* s-au descris astenie, stări anxios-depresive (uneori paroxistice), inerție și apatie (mai ales la introvertiți). Nu sunt excluse, dar par paradoxale, ore de euforie (legate, în special, de fenomene de hipoxie).

În *insuficiența cardiacă*, cointeressarea psihică este masivă în formele grave; dar ea face parte dintre simptome (stări confuzionale și halucinatorii, agitație, anxietate, idei delirante) (Ewald). Fondul anxios-depresiv este propice pentru apariția unor idei interpretative și de persecuție. Este bine cunoscută angoasa și senzația de moarte iminentă a *anginosului*.

*

Deși omul ține la toate organele sale, se pare că de *inimă* se simte cel mai legat. De aceea, boala de inimă îi provoacă cele mai mari neliniști. Ea transformă omul normal într-o ființă specială cu mentalitate proprie, iar ideea că inima sa, "organul cel mai important al economiei" este în pericol, îi creează în nenumărate ocazii o stare psihică particulară. Există un "mit al inimii" iar puterea acestui mit s-a evidențiat cu ocazia primelor greve de inimă, care au stârnit senzație și au suscitat dezbateri numeroase.

Importanța reală a cordului, dar și haloul emoțional ce însoțește "inima", explică marea frecvență a nosofobiilor din sectorul cardiac. Pe de altă parte, repercusiunile stărilor emoționale asupra cordului sunt o observație empirică multimilenară. Nosofobia și ipohondria ce au obiect cordul se susțin și prin constatarea epidemiologică după care mortalitatea prin boli cardiovasculare tinde să ocupe primul loc, pe

măsură ce se dezvoltă civilizația tehnică și urbană. Cercetările recente au confirmat nocivitatea *stress*-ului asupra coronarelor, legătura între factorii afectivi și tulburările de ritm ale inimii, capacitatea unui *stress* de a declanșa fibrilații ventriculare pe un cord predispus etc. O entitate mult discutată este așa-zisă *nevroză cardiacă* - după unii autori, manifestare a unei nevroze generale (sau chiar a unei psihoze depresive). Dar - după cum sugeram în alt capitol - orice tulburare cardiacă se poate complica cu un *coeficient nevrotic* (psihizarea afecțiunii somatice). "Personalitatea" bolnavului cu tulburări cardiovasculară din sfera fiziopatologicului este frecvent o "personalitate" *anormală*. În *tahicardia paroxistică*, se întâlnește tipul isteroid (cu imaturitate emoțională, intoleranță la frustrații, exigențe afective exagerate, slăbiciunea autocontrolului, extraversiune și tendință la drammatizare, intensificarea vieții imaginare până la mitomanie). Bolnavul își utilizează boala pentru a-și influența și a-și manevra anturajul. Se poate întâlni și tipul obsesional, (cu introversiune, ambivalență afectivă, perfecționism, sentimente de culpabilitate și tendințe auto-agresive). Tipul obsesional-compulsiv a mai fost întâlnit printre anginoși și printre cei bolnavi de infarct (Dunbar, Forsman și Lindegard, White, Jouve). Pentru portretul *coronarienilor*, Fl. Dunbar a propus o formulă rămasă celebră: "forță aparentă și extremă fragilitate a apărărilor". Ambiție, muncă fără repaus, tendință la autotarism și la acapareare personală a unor responsabilități sociale - iată trăsături ale acestui portret. După Arlow (1945), ar fi vorba de dificultăți în identificarea cu imaginea paternă, ca și sentimentul unei uzurpări riscând a fi demascată. După Marty și Navaronne (1962), ar fi vorba doar de ambiția de a atinge un nivel socioeconomic superior celui al tatălui - dar amenințat în permanență. La *hipertensivi*, Dunbar, Alexander ș.a. descoperă o stare de tensiune psihologică cronică și o incapacitate de liberă exteriorizare a pulsionilor agresive.

Din punctul de vedere al tipului de activitate nervoasă superioară, bolnavii de nevroză cardiacă sunt mai ales de tip slab inhibabil și de tip excitabil dezechilibrat (Enescu); numai un sfert dintre ei aparțin tipurilor extreme, artistic și gânditor. După Hackel, 80% dintre hipertensivi aparțin tipului slab; când hipertensiunea afectează

persoane aparținând tipului puternic, găsim aproape întotdeauna o scădere a capacității funcționale a scoarței prin influențe defavorabile de mediu extern (surmenaj, suprasolicitare etc.). Desigur, indivizii răspund somatic la evenimentele cu răsunet emoțional în funcție de tipul de activitate nervoasă superioară.

V.v. Weizsäcker (1938) a căutat să găsească semnificații *simbolice* pentru unele afecțiuni și accidente cardiace. Tulburările de ritm ar corespunde tensiunii afective, decompensarea ar corespunde unui efort de voință care cedează, tulburările de angor ar exprima "uzura personalității", tromboza și infarctul ar corespunde epuizării, depri-mării (ultima etapă a vieții către moarte).

"Psihizarea" bolii cardiace este frecventă, deoarece neliniștea dată de boală se împletește cu numeroase restricții în ce privește viața cotidiană (interdicții privind mișcarea, alimentația și sexualitatea, necesitatea de a schimba profesiunea etc.). Sentimentul de devalorizare poate fi acut - cu "crize de nervi" și crize sufletești care agravează starea obiectivă. Restricțiile impuse duc - prin acest mecanism - la un rezultat opus celui scontat. Pentru a obține colaborarea disciplinată a bolnavului este necesar, nu numai să le permitem un minimum de activitate și să evităm regimurile rigide și draconice, dar și să-i educăm progresiv spre o viață activă, dar ordonată. Exercițiile fizice bine controlate constituie azi formula unei profilaxii și terapeutice dinamice extrem de eficiente.

Asistolocii imobilizați în pat devin cu ușurință ipohondrici, obsedați, melancolici - în lipsa unei susțineri morale, unei înțelegeri profunde și răbdătoare a medicilor. În orice caz, trebuie evitată orice expunere a adevărilor crude și trebuie menținută speranța.

*

Cercetările clinice din anii recentți par să aducă unele clarificări și sistematizări în domeniul relațiilor psihosomatice ce duc la (sau însoțesc) tulburările cardiovasculare.

Hormonologia și biochimia *stress*-ului fac să intervină toți mediatorii "clasici" ai transmisiei nervoase (adrenalină, noradrenalină,

acetilcolină, serotonină, acidul gamma-aminobutiric), de asemenea hormonii tiroidieni, hipofizari, corticosuprarenali, pineali, ca și peptide nevraxiale (endorfine, enkefaline, liberine hipotalamice, așa-zisi hormoni neurohipofizari, ACTH și fragmente ale sale), angiotensine, acizii grași nesaturați, prostaglandine.

Se deosebesc net stările de solicitare adaptativă de cele care sunt neadekvate ori își depășesc măsura; așa cum frica se diferențează de anxietate; este util să nu facem confuzii între eu-stress și dis-stress.

În cadrul sindromelor de interes psihosomatic, care sunt etichetate diferit în cărțile de psihiatrie și de medicină internă, este necesar să deosebim cel puțin trei categorii patogenice:

a) sindromul "cordului iritabil" (Da Costa, 1971), corespunzător tipului de disfuncție vegetativă constituțională (Tsutsui, 1981);

b) tipul nevrotic;

c) tipul de depresiune mascată. Primul tip beneficiază de stabilizatori neurovegetativi (de felul Distonocalmului), de DH ergotamină, de beta-blocanți și de *training* autogen; al doilea, de agenți anxiolitici (Diazepam) ca și de *training* autogen; al treilea de medicație antidepresivă (ca Imipramina). Tipurile b) și c) au implicații psihosomatice evidente (spre deosebire de tipul a).

Se pune mare speranță în identificarea unui *stil de viață* care reprezintă un factor major de risc în bolile coronariene și în hipertensiune: *tipul A* descris de M. Friedman și R. H. Rosmenmann. Este vorba de oameni activi, competitivi, impulsivi, doritori de a obține poziții ambițioase, pentru care timpul este întotdeauna prea scurt. Producția de catecolamine joacă un rol esențial în determinismul leziunilor (și eventual al morții subite). Prin opoziție se descrie un tip de comportament B. Tipul A poate fi modificat mai curând de o "terapie cognitivă" decât prin menajarea față de *stress*. Tipul A este atât de frecvent în societatea occidentală încât s-a vorbit despre o "cale occidentală spre moarte" (M. Carruthers, 1980).

Vechea dihotomie din sistemul nervos vegetativ își menține valoarea orientativă. După Carruthers, următorul tabel poate fi reținut cu folos:

Factori neurovegetativi ai bolilor cardiovasculare

	Dominantă simpatică	Dominantă parasimpatică
factori favorizanți	stress (emoțional, fizic, termic)	antrenament fizic antrenament mental
	chirurgie	training autogen
	tabagism	somn
	catabolice	anabolice
efecte metabolice	—	+
testosteron și insulină	—	+
activitate fibrinolitica	—	+
catecolamine și	+	—
corticosteroizi	—	—
lipide, glucoză și	+	—
acid uric	—	—
frecvență cardiacă și	+	—
tensiune arterială	—	—
semne și simptome de	+	—
hipoxie tisulară (de ex.	—	—
angor, dureri în	—	—
extremități,	—	—
subdenivelare ST-T)	—	—

Având în vedere implicarea cvasiconstantă a sistemului nervos vegetativ în reacțiile adaptative curente, etichetate de "sistem nervos autonom" propusă de Laugley, este privită ca desuetă. Dimpotrivă, afirmă unii, ar fi bine ca, prin măsuri adecvate, participarea sa să devină cât mai discretă la solicitările psihosociale.

Există o oarecare tendință de a subestima participarea vagului în reacțiile psihosomatice. Supraactivarea vagală însoțită de tensiune arterială foarte scăzută, cum ar fi aceea indusă prin practicile magice (voodoo în Haiti) (Carruthers), moartea "în scaunul dentistului" (Taggart) sunt atribuite vagului. Nu trebuie să uităm că excitația

vagală este capabilă să inducă aritmii. În durere, dominanța este vagală în ciuda faptului că nivelul plasmatic al catecolaminelor este foarte ridicat - condiție favorabilă aritmiilor prin reîntreprindere.

S-a demonstrat, prin studii epidemiologice și clinice, că emoțiile însoțite de fenomene simpaticotonice sunt mai primejdioase la pacienții cu cardiopatie ischemică, beta-blocanții fiind indicați acolo unde aritmiile și palpitațiile domină scena.

La pacienții la care simptomele dominante sunt durerea și opresiunea (componente ale unui sindrom depresiv), preferința merge către tranchilizanții minori (H. Simon); eficace sunt și placebo-urile (Netter, 1977), posibil prin eliberare de endorfine (Levine și colab., 1978).

Fibrilația ventriculară poate fi declanșată la deșteptarea din somn prin stimuli auditivi (Wellens și colab., 1972). Este de reținut experimentul prin care, la câini cu coronarele ligaturate, injecția de morfină poate preveni moartea prin fibrilație ventriculară.

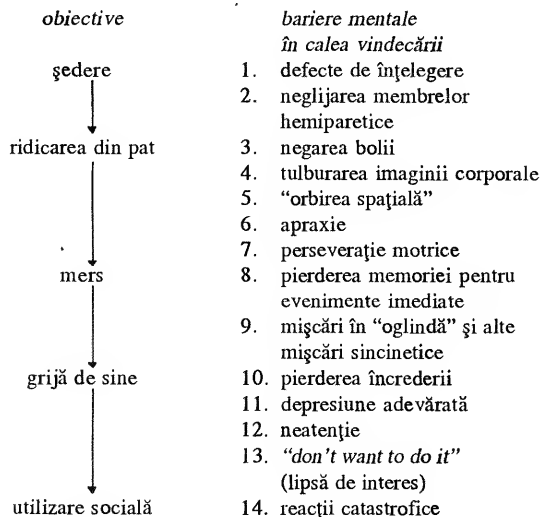
Reacțiile psihologice la infarct și în perioada de după infarct au fost studiate de M. Kazemier (1980). O problemă esențială a reabilitării este restabilirea "stimei față de propriul corp" precum și eliminarea simptomelor ca: prezența anxietății; depresie; reacții isterice; forme obsesive; abuzul de medicamente; starea de dependență față de medic; tulburări de comportament (reacții explozive etc.); dificultăți de readaptarea la muncă. În antecedentele pacienților, se constată frecvent o încercare de compensare a scăderii vitalității printr-o "accelerare emoțională" adică prin creșterea tensiunii afective. Stilul de viață cu risc major este tipul A. De altfel, el are corelații semnificative cu reacțiile fobice.

Repercusiuni psihice (somatopsihice) tipice au fost descrise și în cazuri de stress particular (de exemplu, la schimbări climatice, spre un "mediu" torid). Aici se cer deosebite trei sindroame:

- a) de epuizare suprarenală (mai ales adrenergică);
- b) de hipertiroidism;
- c) de disfuncție (cu exces) a sistemului serotoninic.

Accidentele cerebrale acute

Uneori, factorii organici (cu repercusiuni directe, nemijlocite, asupra funcțiilor psihice) și factorii psihologici reactivi se intrică intim; o astfel de situație se întâlnește în leziunile cerebrale. Ea îmbracă deseori aspectul de cerc vicios, constituind adevărate "bariere mentale" în calea vindecării sau a reabilitării. Cele întâlnite în urma hemoragiilor cerebrale, răspunzătoare de un mare procent de invalidități, au fost sistematizate după cum urmează:



Acestea sunt manifestări întâlnite la pacienții cu conștiința clară, fără o afectare intelectuală severă, cu funcții senzoriale adecvate și cu o bună coordonare. Prin "neglijare", se înțelege aici neutralizarea membrilor hemiplegici în ciuda unei bune reveniri a forței și a sen-

zațiilor de mișcare; este un fenomen distinct de absența conștiinței bolii (anosognozie) ca și de "negarea" apartenenței membrilor paralizate la persoana celui bolnav. Cât despre "reacțiile catastrofice" (Goldstein), ele diferă de simpla labilitate emoțională prin aceea că pacientul susceptibil "explodează" în reacții de furie de îndată ce este confruntat cu o situație pe care nu o poate domina.

Experiența unui ictus, trăită de un medic, a prilejuit descrieri instructive. În prima săptămână a unui astfel de accident, pacientul "descoperă spitalul". Pe neașteptate, ridicându-se de la masă pentru a se așeza într-un fotoliu cu ziarul în mână, subiectul cade "în mod inexplicabil" pe dușumea și este incapabil să lămurească familia speriată despre ce i s-a întâmplat. Subiectul știe ce ar dori să spună, dar cuvintele sună straniu și sunt ininteligibile. Cineva îl ridică și îl culcă în pat. Un medic, cunoscut sau necunoscut, apare și îl examinează; pe fața acestuia se poate citi îngrijorarea. Durerea lipsește. O bizară slăbiciune cuprinde jumătatea dreaptă a corpului. Spaima lipsește, dar și capacitatea de concentrare; nu-și amintește ce avea de făcut în după-amiaza respectivă. Groaza apare abia atunci când subiectul constată că din cuvintele pe care medicul le adresează familiei foarte puține au - pentru el - un înțeles. Soția începe să se poarte cu dânsul ca și cu un copil. Anturajul i se adresează cu vorbe liniștitoare, dar rostite răspicat și puternic, ca unui surd. O ambulanță îl transportă la spital. Acolo constată marea dificultate de a se face înțeles. Jumătate de oră trece până când sora pricepe că are nevoie de ploscă. Trebuie să suporte cateterismul uretral. I se pare că nimeni nu se sinchisește de faptul că zace într-o poziție incomodă. Caznele la care este supus un afazic sunt numai în parte descriptive; este tratat aproape ca un idiot, atunci când nu este pur și simplu ignorat; este ajutat să facă gesturi de care ar fi capabil singur și i se cer mișcări imposibile; este ținut la pat cu strictețe, deși ar dori să umble etc.

În cel mai bun caz, după o săptămână, bolnavul poate fi transferat într-un centru de reeducare. Frecvent, bolnavul crede atunci că a fost părăsit de familie sau că a fost încredințat unei îngrijiri mai sumare, din motive de economie. Suspiciunea este chinuitoare. Mai chinuitoare este însă constatarea că a devenit o "epavă", că centrul

este populat cu infirmi asemănători sieși: întâlnește parkinsonieri cu palidotomie și foarte mulți apoplectici. I se dezvăluie toate mizeriile asociate și care trebuie progresiv și răbdător suprimate: infecția urinară, lenea intestinală. S-ar putea continua cu descrierea aspectelor subiective ale reeducării motorii și logopedice, ale redobândirii autocontrolului, ale reîncadrării în viața de familie și activitatea socio-profesională. Urmărirea acestor aspecte este foarte instructivă pentru specialist și-i permite să-și reconsidere poziția față de bolnavi. Rolul medicului nu se mai identifică cu cel de vindecător (pentru că numai în unele cazuri reușește să vindece boala); el trebuie să fie un om care are o *grijă* plină de compasiune și responsabilitate pentru ființa umană tulburată, chinuită, suferindă, frământată.

Psihologia tuberculosului

Tuberculoza pulmonară poate fi trecută printre acele boli care caracterizează o epocă social-istorică tot atât de bine ca și o operă culturală reprezentativă. Tuberculoza (TBC) este o boală care se pretează la o analiză complexă a legăturilor destinului său cu cultura, cu civilizația, cu condițiile social economice, cu dezvoltarea științei. Epopeea TBC reprezintă un document cutremurător al dramei umane. TBC a contribuit esențial la viziunea întunecată a veacurilor de neștiință și de exploatare, despre viața "de aici" ca despre o "vale a plângerii" sau ca despre un purgatoriu. Ftizia hemoptoică, morbul Pott, meningita incurabilă - au constituit teme artistice tipice în secolul al XIX-lea (mai ales în romantismul târziu). Ftiziei i-a căzut victimă chiar întemeietorul fiziologiei moderne, Laënnec. În lumea creatorilor de cultură, TBC este un reflex al răspândirii ubicuitare, de masă, a acestei boli (față de care arta medicală era, pe atunci, dezarmată), această răspândire fiind un reflex al mizeriei legate de urbanizare, de industrializare, de capitalism. Istoria ultimului veac poate fi considerată și ca o istorie a mersului neabătut al medicinei spre dominarea flagelului. Poate că TBC este una dintre bolile care și-au schimbat cel mai mult *statutul psihologic* în ultimele decenii.

Ftiziologii clasici atribuiau factorilor psihici, o însemnătate deosebită (câteodată decisivă) în apariția și desfășurarea bolii. Dacă bolnavii prezentau frecvent o comportare psihică particulară, acest lucru era atribuit mai puțin influenței specifice a toxinelor TBC, cât acțiunii globale a bolii, care *întotdeauna* înseamnă o imixtiune gravă în viața personală și profesională a pacientului. Unii autori au insistat asupra *complexului psihologic* al debutului TBC (impregnarea TBC), cu simptome de iritabilitate, astenie și depresie; alții asupra *psihologiei vieții sanatoriale* (Th. Mann, în romanul *Muntele vrăjit*). Caracterul de contagiozitate duce la interdicții traumatizante la cei nespitalizați (interdicția de a-și săruta copiii, obligația de a bea și de a mânca cu aceleași tacâmuri) etc. În serviciile de specialitate, o influență negativă o are asistarea la progresiunea bolii celorlalți (inclusiv la moarte), cu nesiguranța zilei de mâine. În vechile sanatorii, se ajungea la indiferență, la cinism, chiar la perversiune morală (dorința de a contamina pe alții).

O temă explorată literar, dramatic și chiar muzical a fost *euforia* premortală. Complicațiile terminale sunt mai curând penibile sau dureroase (TBC laringiană, TBC renală etc.).

Psihozele sunt extrem de rare la ftiziile grave de organ; dar în ospicii, mulți bolnavi mureau din cauza TBC (Liebermeister, 1934).

După o părere larg răspândită, *erotica* ar fi exacerbată la bolnavii de tuberculoză. Această părere este discutabilă; în orice caz, alături de influența TBC contează (determinant!) ansamblul condițiilor de viață.

Medicii tuberculoși se orientează frecvent spre ftiziologie, bacteriologie, cercetare științifică. N. Bethune, salvat de la moartea de TBC grație intervențiilor chirurgicale, s-a făcut un propagator neobosit al chirurgiei toracice.

Documente prețioase pentru psihologia TBC sunt unele *opere literare* sau *cvasiliterare*, cum sunt unele scrieri de Chateaubriand, A. de Musset, romanul amintit *Muntele vrăjit* (Zauberberg) al lui Th. Mann, jurnalul K. Mansfield, cărțile chirurgilor A. Majocchi (*În serviciul bisturului*) și N. Bethune (*Medic pe trei continente*) etc. Printre ultimele lucrări apărute în această serie menționăm jurnalul

unui bolnav evoluând în epoca actuală, a chimioterapiei și a anti-bioterapiei și salvat, totuși, abia prin aplicarea chirurgiei pulmonare (Tanco). Vom urmări - prin citate câteva dintre situațiile descrise cu multă sinceritate în acest volum.

a) Debutul *psihologiei de bolnav*: "deoparte și dincolo de mine, o altă lume, a contrazicerilor și căutărilor medicale, iar eu, bolnavul, cu lumea bolnavilor și cu toate problemele acesteia".

b) Rolul echilibrator al încurajării medicale - dar numai până în momentul în care surprinde comentarii imprudente, când sentimentul devine cel de "invidie ascuțită, chiar ură: dacă sănătatea lui (a medicului, N.V.) ar fi fost o bancnotă, nu ezitam o clipă să i-o fur".

c) Preocuparea cu boala, care duce la studiul ei din tratate, pe "ascuns".

d) Constatarea uimitoare după care bolnavii mai vechi aveau vaste cunoștințe medicale de specialitate, folosind precis și adecvat termeni medicali; dincolo de faza optimismului inițial - septicismul cu privire la posibilitățile medicinii: "suntem în era atomică, iar în medicină nu se cunoaște nimic".

e) Oscilație între dorința de "a fi lăsat în pace" de către prieteni și rude, și dorința de contact cu cei "dinafară".

f) Atitudinea discordantă față de tratamentele plictisitoare și penibile: "cu toate că eram convins de necesitatea acestui tratament, întregă ființă se opunea"; până la urmă, *organismul* se obișnuiește.

g) Suspiciunea față de medicii care "comunică între ei, ascuns, cu intenția de a nu fi înțeleși de bolnavi", ducând la conflict cu *oamenii în alb* (acuzația că bolnavii sunt priviți ca niște cobai etc.) de fapt, pe baza "invidiei, dacă nu a urii, împotriva celor sănătoși" (totuși, prezența halatului alb îi dă senzația că ceva "se inter pune între noi și moarte, ca mama care își apără puii").

h) Dobândirea convingerii că "la o asemenea boală, ca să rămâi demn, trebuie să înveți cum să mori".

i) Supraevaluarea sănătății: "numai sănătatea s-o am, încolo nimic nu mai poftesc".

j) Lupta ascunsă între speranță și descurajare (cu lipsa de încredere în tratamente și în propria persoană).

k) Impresia progresivă că - din ziua internării - între sine și trecutul său s-a lăsat un zid, în timp ce alt zid se profilează spre viitor: "mi se părea că sunt un om fără trecut și fără viitor";

l) Dezvoltarea unei mentalități superstițioase;

m) Revenirea la un comportament docil: "mă supuneam la orice, numai să nu se producă vreo complicație din vina mea" - sau: "voi face tot ce mi se cere, altă cale n-am de ales";

n) Cultivarea a orice poate să însemne o legătură cu viața familială și profesională, în vederea eventualității reintegrării în viață.

o) Bucuria de a vedea pe cineva externându-se ("esențialul era faptul că plecase încă unul smuls din ghiarele morții"), amestecată cu o doză de invidie;

p) Încercări de a "raționaliza" (sofistic), adică de a-și prezenta boala ca pe o superioritate; TBC este dezmiertată ("tuberoză") sănătatea face pe om "dobitoc";

q) Pentru că "nici o (altă) maladie nu este de așa lungă durată, nu-ți lasă mai clară și mai limpede judecata" - fiecare bolnav își face o *educația în privința sfârșitului* - de unde și încercările de a "culege clipa";

r) Dezolarea care-l cuprinde pe cel care constată că plecarea sa dintre cei sănătoși și activi nu a fost definitivă, că este nevoie de o reinternare: "aventura" autorului este impresionantă și prin faptul că mersul bolii n-a fost progresiv spre vindecare (abia ajuns acasă o hemoptizie îi primejduiește viața). Reîntors la spital, remarcă într-însul că o *nouă atitudine față de timp* înlocuiește nerăbdarea de altă dată: "putea să dureze oricât, numai să mă vindec";

s) Încăpățănarea cu care credea și urma tratamentul avea și un revers: "începeam să trăiesc cu exclusivitate pentru boală și mă îndepărtam de orice preocupare și problemă a vieții mele... făceam un adevărat studiu din problemele atitudinii omului în fața morții";

t) Când i s-a propus exereza, apare *mila față de sine-însuși* (ca față de altcineva) și - prin reacție - o încercare de evadare din spital, care a fost, de fapt, *începutul clarificării*.

T. Tanco face o amplă satiră la adresa acelor care confundă *zbuciumul sufleteș* cu boala *psihiatrică* și pledează pentru ideea

(evidentă!) că o înțelegere prietenească a medicului este mai eficace decât o internare într-un ospiciu de nebuni! Am spus că boala face din om - *neom*, un gest simplu al medicului te poate face "să te simți *alt om*" - sau iarăși om, Tanco critică pe medicii în care "*omenia* luuecă spre *medicul din ei*, iar acesta spre formele administrative". Bolnavul vrea *sentimente* de prietenie, mai curând decât *compasiune*! Expunerea din capitolul în care reacții *omenești*, *prea omenești*, sunt interpretate *nosografic* de către psihiatru, poate fi adusă drept argument în sprijinul tezei celor care susțin că *psihologia medicinei clinice* este altceva decât psihiatria.

Kollaritz a insistat, mai de mult, asupra faptului, că fiecare bolnav de TBC reacționează după formula sa constituțională proprie dinainte de boală. Tuberculoza sanatoriilor ar alcătui o "comunitate" de oameni care n-au nimic sufletească în comun, în afara dorinței de a se însănătoși și de a fi liberi. Desigur, fiecare are un "șoc" la cunoașterea diagnosticului, dar în *perioada de stare* nota dominantă este cea temperamentală. Viața sanatorială își imprimă pecetea mai ales când e nionotonă, iar condițiile materiale au o importanță reală (S.A. Knopp, 1925). Bernstein a atras atenția asupra influenței medicamentelor în administrare cronică (opieace etc.). Schächter conchidea că "psihologia tuberculosului a fost studiată din tot atâtea puncte de vedere câți medici au încercat s-o studieze" și că divergențele dintre autori reflectă în mare măsură psihologia observatorilor.

*

O lucrare românească (L. Alexandrescu, S. Blumental și I. Volosievici, 1981) rezumă o parte din literatura internațională referitoare la problemă, ca și concluziile unor cercetări sistematice proprii, efectuate împreună cu A. Arbore la inițiativa profesorului ieșean N. Bumbăcescu.

Timp de milenii, TBC pulmonară a fost un flagel, în marea majoritate a cazurilor nevindecabilă, consumptivă, contagioasă, secerând mai ales tineri, la capătul unor suferințe polimorfe, impli-

când adesea "sângele" (cu valoarea sa simbolică) și întotdeauna respirația (de asemenea, cu valoare simbolică accentuată). Lucrurile s-au schimbat radical în era tuberculozostaticelor, dar "aureola negativă" a bolii dispare mai încet; asistăm la o întârziere a prejudecăților față de modificarea opticii medicale.

Încercăm să rezumăm o parte din materialul monografiei citate.

Predispoziția, "terenul fiziogen" care colaborează cu bacilul Koch (conivența, cum o numesc unii autori), este alcătuit, din punct de vedere psihologic (la noi în țară), din extravertiți și ambiverși, tipuri care suportă mai acut evenimentele psihosociale ce-i implică. "Pasiunile triste" despre care vorbea Laënnec sunt psihotraume, *stress-uri*, drame de mai lungă durată, care se întâlnesc într-un procent semnificativ. Un procent însemnat se tratează cu întârziere, se neglijează sau mimează sănătatea - ceea ce se interpretează ca o inadaptare la boală. Cortegiul reacțiilor psihologice la boală începe cu șocul (sau subșocul) resimțit la comunicarea diagnosticului; dar încercări grele sunt și întreruperea activității, obligația de a sta la pat, spitalizarea, schimbarea de "rol" și statut social, obligația de a renunța la proiecte și idealuri etc.

Aceste aspecte sunt cu atât mai însemnate medical cu cât starea morală este un factor (principal?) în vindecare.

Temperamentul condiționează patoplastia: temperamentele "excesive" duc la TBC zgomotoase, cu reacții alergice intense. Caracterul echilibrat, atitudinile pozitive, legate de înțelepciune și de la abținerea de la excese, sunt o garanție a succesului terapeutic.

La întrebarea dacă există o relație între TBC și "marea psihiatrie", nu se poate răspunde hotărât deși, cândva, schizofrenia a fost privită ca având o etiologie bacilară și deși se cunosc (rare?), psihoze reactive cu elemente de stupor postșoc acut ori subacut, cu fenomene de agitație psihomotorie de tip discordant sau depresiv.

S-au descris și reacții psihotice de durată cu influențarea dezvoltării personalității.

În schimb, se poate afirma că "mica psihiatrie" - mai bine zis "psihiatrie limitrofă" - cunoaște multe cazuri cu etiologie bacilară. Bineînțeles că ele sunt, mai ales, reacții ale personalității la boală, legate de interpretarea conștientă dată situației.

Sindromul de inadaptare este o "reacție psihică normală cu treceri rare în psihopatologie" (Blumenfeld). Reacțiile psihogene reactive pot apărea, nu numai la începutul bolii (în momentul în care subiectul intră în contact "cu noile coordonate ale vieții de bolnav"), ci și în cadrul sindromului de readaptare de la sfârșitul bolii. Ele sunt psihogenii ca și nevrozele (termen ambiguu!); neurastenii, nevroza obsesivofobică, nevroză isterică și stările nevrotiforme. Alături se înscriu psihopatiile, care (după cum știm) "fac să sufere și societatea" respectiv familia și medicii care-i tratează. Psihopați sunt alcoolicii, scandalagii, recalcitranții, instigatorii, reclamagii, necooperanții, cei cu comportări sexuale aberante etc.

O întrebare la care răspunsul mai este căutat este dacă TBC induce schimbări specifice de personalitate. S-a afirmat (Trojanec) că TBC pulmonară nu face decât să accentueze unele trăsături de personalitate premorbidă. Autorii români găsesc instabilitate, labilitate afectivă, reacții hiperdimensionate. Sunt ele deosebite de cele induse de altă boală cronică amenințătoare? Greu de spus. Sunt ele datorate bacilului Koch și toxinelor sale sau pe un prim palier al medierii reflexelor pornite de la pleură la plămân, dezechilibrul neurovegetativ și endocrin, alterărilor hepatice ori renale?

O mediere psihică ușor de acceptat privește egocentrismul, ego-filia, egoismul, filosofia lui *carpe diem*. Th. Mann constată conexiuni între fizic și "desfrânare", prin această înțelegându-se atât relativizarea inhibițiilor, cât și apariția unor dominante pe linia "instinctelor" alimentar și sexual. Autorii români explorează și așa-numita personalitate subterană (inconștientul), inclusiv visele. Se acordă atenție și unor "trăsături speciale", cum sunt meditația, corespondența, jurnalul intim, realizările artistice. "Boala" și "sănătatea" devin preocupări focale. Se schimbă sentimentul "timpului trăit". Îngrijorătoare sunt marile procente de tendințe antisociale (ne întrebăm dacă ele pot fi legate de agresivitate?). Pe de altă parte, nu lipsesc (ocazional?) tocirea sensibilității, abulia, lunecarea spre credulitate (din cauza fricii?). Starea penibilă suportată generează ceea ce la figurat s-ar numi evadări: spre interior (de ex. reverii) sau spre exterior (de ex. jocuri).

Starea euforică finală, înainte de *exitus*, descrisă în plin romantism, este privită cu rezervă. În schimb, medicația anti-TBC este capabilă să producă o stare de *bien-être* (iproniazida inhibă mono-aminooxidaza), asociată din păcate cu insomnii.

Psihologia convalescenței

Convalescența este o stare în care bolnavul a trecut de momentele critice ale bolii, dar nu este complet vindecat și integrat în viața socială, familială, profesională; starea de echilibru este fragilă, se pot ivi recăderi și complicații sau pot persista sechele fizice și psihice. Conștiința sănătății recâștigate determină uneori o stare euforică, cu revalorizarea tuturor detaliilor vieții. Această stare sufletească a fost admirabil descrisă de scriitorul maghiar K. Frigyes, care a fost operat pentru o tumoră cerebrală de către Olivecrona.

Convalescentul nu este încă un om sănătos, perioada de convalescență fiind una "plină de nesiguranță, în care psihicul comportă schimbări și prezintă o mare instabilitate" (Marin Voiculescu). De aici necesitatea ca, în general, convalescența să fie supravegheată și - în multe cazuri - chiar organizată. Convalescența nu înseamnă inerție - ci dobândirea progresivă a unei atitudini dinamice, pentru a putea duce o viață autonomă (nedependentă), cu o bună încadrare socială. Se cere mobilizarea (prudentă, dar perseverentă) a întregii energii nervoase (și psihice), a tuturor posibilităților și a tuturor funcțiilor. Așadar, se cere ca repausul și cruțarea să fie îmbinate cu antrenarea progresivă, izolarea cu o "resocializare", restricțiile igienodietetice cu libertatea, protecția cu obișnuirea treptată la solicitările vieții.

O atenție specială o pretind unele cazuri, deosebite nu numai din punct de vedere medical dar și social. De aceea, în multe țări s-au înființat servicii spitalicești speciale pentru convalescenți. Hazemann a insistat pe bună dreptate asupra faptului că multe dintre acestea cer o dotare minimă, deci se pot realiza fără mari investiții.

Desigur, din punctul nostru de vedere este cu totul contraindicat "stilul comportării taciturne a medicului" redus la "semnarea unor rețete enigmatice" și a unor hârtii birocratice (M. Voiculescu). Externarea este o ocazie de a lămurii și de a încuraja bolnavul, de a-i da sfaturi nestereotipate, de a pregăti suflulește (și nu numai intelectual) colaborarea cu medicul și laboratorul, colaborare care să asigure controlul însănătoșirii și desfășurării vieții după prescripțiile științifice.

Aspecte deosebite le are convalescența în bolile infecțioase, unde progresele tratamentului au schimbat considerabil situația, reducând perioada de izolare (cu toate consecințele sale psihologice) și cea de spitalizare (care poate duce la "nevroze de spital"), ridicând multe dintre restricțiile în relațiile cu oamenii sănătoși, ușurând (și din punctul de vedere al temerii de complicații) perioada finală a bolii.

Menționăm, de asemenea, aspectul contrastant dintre vechile servicii de cardiologie și spitalele de cardiologie de azi, unde întâlnim foști bolnavi de infarct efectuând progresiv exerciții fizice, alergări pe distanțe tot mai mari, ascensiuni tot mai îndelungate și mai abrupte etc. Comutarea spre "odihna activă" (ca și "mobilizarea precoce" în chirurgie, care - cum arăta L. Cîmpeanu - a suprimat practic boala postoperatorie) corespund spiritului vremii, care este "activist" și "mobilitar".

Corelații psihologice în cancer

Cel obișnuit să privească problema cancerului prin perspectiva cercetărilor contemporane de biopatologie experimentală, rămâne surprins constatând că, milenii de-a rândul, medicina clinică tradițională a pus accentul pe importanța factorilor psihici în etiologie.

Boala canceroasă este considerată azi ca *prototip* al proceselor *somatice* și *antonome*, pentru că degenerescența malignă se întâlnește și la plante și la animale sub aspecte genetice, anatomopatologice și clinice care nu diferă principal de aspectele întâlnite la oameni (Baltrusch). În etapa pavlovistă de dezvoltare a medicinei au existat însă voci care au pus la îndoială această asemănare principală

(L. Haranghy, Titu Vasiliu) - până la a afirma că numai la om există o "adevărată" boală canceroasă. Ținem să subliniem că existența la animale și chiar la plante a unor forme de cancer cu etiologie bine precizată nu ne obligă să admitem că, la om, *toți* factorii etiologici trebuie să facă parte din aceeași categorie cu factorii cancerigeni de la plante și de la animale. Importanța crescândă a factorilor endogeni în cancerogeneză la animalele superioare, ca și a reacțiilor indirecte (mijlocite nervos sau endocrin) în factori de mediu, perfecționarea funcțiilor de reglare, ne obligă să acordăm *organismului* - și nu iritantului sau noxei - un rol deosebit în patokineză. Pe de altă parte, putem admite ca diferiți factori cancerigeni acționează printr-un mecanism elementar comun, cum ar fi (?) mutația; dar *rezistența* organismului față de agenții mutageni și față de celulele mutante este hotărâtoare pentru instalarea "bolii canceroase". Această rezistență (factor de "teren") depinde sigur în mod nespecific (și, posibil, și în mod specific) de sfera neuroendocrină și (prin aceasta) de cea psihologică. Aceste considerații rămân valabile și în ipoteze după care "gena" cancerului ar fi o "genă ancestrală" (Udriște, 1968) sau în ipoteza după care masiva dezvoltare a cerebralității la specia *Homo* favorizează apariția cancerului (Ecaterina Semen-Negrea). Chiar dacă *oncologia* se fundamentează larg pe experimentul de laborator (animale, preparate *in vitro*), este necesar să se elaboreze o sinteză care să țină seama de specificul uman, cu alte cuvinte o antropologie a cancerului.

În concepția *umoralistă* a celor vechi, cancerul era pus în legătură cu temperamentul melancolic (Hipocrate, Galen; idei asemănătoare se întâlnesc și la Avicenna). În 1759, R. Guy - vorbind despre cancerul mamar -, precizează rolul constituției inerte, greoaie, flegmatice sau melancolice, ca și al destinului personal cu catastrofe și griji. Factorul personal (constituțional) a fost recunoscut și de medicina tibetană, care a deosebit cancere de origine autotoxică (legate de temperamentul melancolic) și cancere ținând de o senilizare precoce a organismului. Rolul *traumatismelor psihice*, a grijilor și a împovărării suflulești, în etiologia cancerului a fost susținut în secolul al XVI-lea de către Ambroise Paré; grija, teama, tristețea au fost incriminate de

Gendron (1701), dar și de către Laënnec și, mai aproape de noi (1948), de către J. Leriche; depresiunea melancolică a fost notată de către Van Helmont, dar și de Forgue (1931) care vede, în tristețe, cel puțin un factor activator sau un factor secundar. Nunn (1722), ocupându-se de cancerul mamar, notează că emoțiile-traume pot liza tumorile, oprindu-le temporar evoluția. Rolul favorizant (pentru tumoare) a emoțiilor negative a fost subliniat, cu optzeci de ani mai târziu, de Veliaminov. Marele chirurg rus Pirogov - la mijlocul secolului al XIX-lea - a atras atenția asupra însemnătății tensiunii afective (nervoase). Și alte nume ilustre ale medicinei secolului trecut au argumentat intervenția factorilor psihici (mai ales teama, neliniștea) - de exemplu Rokitansky și Paget. C. H. Hughes (1887) a susținut *originea nevrotică* a cancerelor. În aceeași perioadă, H. Snow publica primele statistici ample privitoare la această problemă, menționând că, din 250 de bolnavi canceroși cercetați, în 156 de cazuri întâlnea o traumă psihică puternică, declanșată de pierderea (prin moarte) a unei ființe apropiate; numai în 19 cazuri nu existau, în antecedentele apropiate, conflicte, drame sau traume. În 1894, Ebstein vorbea despre rolul "șocului psihic" în declanșarea (sau în exteriorizarea?) unei leucemii. E. Forgue se întreba dacă nu există o "predispoziție celulară determinată neuropsihic"; dar în același an (1931) Ewing constata marea sugestibilitate a cancerosului, iar în 1938 Vertesy descria tendința sa la izolare. Kretz vorbea despre lipsa (aparentă) de afectuozitate, de slaba exteriorizare spontană a emoțiilor, scriind: "nu numai oamenii *răi* nu cunosc cântece, ci și oamenii cu tumori rele (maligne)". Dimpotrivă, Stöger întâlnea la bolnavi o monotonie interioară (cu o deosebită raritate a sinuciderii!); *lipsa de tensiuni interioare* a fost notată de Auler, Bumke, Kretz, Frankl, Sheldon etc. Baltrusch crede că această "indolență" este numai aparentă: o mască, o fațadă. După alți autori, personalitatea cancerosului este pasivă, inhibată, indecisă, depresivă. Demn de menționat este faptul că tonalitatea depresivă (cu o figură obosită și tristă) se poate întâlni și la canceroși care *nu-și cunosc* diagnosticul (Reichenmüller). Trăsăturile de fire amintite nu exclud eventualitatea ca omul canceros să fie deseori un om "simpatic și de bună credință" (Hoffstätter); dar și după

acest autor cancerul este boala nefericiților, a celor chinuți sau care se chinuiesc singuri. S-au mai descris - ca trăsături de temperament sau caracter ale celor predispuși la cancer: dezechilibru eu-societate (Faber); o defectuoasă apreciere a propriului eu în raport cu sexul opus (von Treeck); caracteristici de personalitate "anală" (Booth) etc.

Cercetări mai sistematice au fost efectuate de L. Le Shan. Un anumit decurs al biografiei emoționale îi atrage, cu deosebire, atenția. O copilărie traumatizată creează obstacole în calea relațiilor cu ceilalți; de multe ori, moartea unei persoane apropiate contribuie la impresia că relațiile afective aduc în primul rând durere și suferință. O particularitate structurală constă în aceea că individul se consideră el însuși vinovat pentru această situație și se autocondamnă. Teama de relațiile afective sociale (considerate ca implicând riscul suferinței) este rispită, la un moment dat, de apariția *cui* care este întrevăzut ca o șansă de salvare, care face ca singurătatea să fie depășită; interacțiunea mobilizează mari rezerve sufletești și, pentru un timp, ea dă sens vieții. Această interacțiune se întrerupe însă brutal (prin moarte, divorț etc.). Dispare atunci sensul vieții, reînvie autocondamnarea și intoleranța pentru sine. Viața apare ca o condamnare de Sisif, deși persoanele se tem de moarte, nu doresc să trăiască. Persistă însă atitudinea inflexibilă, rigidă, rezumată în alternativa: *sau/sau*. În lumea lor intimă (*Eigenwelt*), nu pot fi "decât ei-inșiși", ceea de *fatal* îi va duce la respingerea propriului eu; nu se acceptă pe ei înșiși, ci aprobă, admiră (uneori necritic), justifică și invidiază felul de a fi al *celorlalți*. Există, așadar, o inabilitate de a face ajustări sau de a găsi soluții (de compromis) în problemele de viață interioară. Este particularitatea descrisă anterior de G. Booth (1962, 1965), care a insistat și asupra mentalității individualiste, ca și asupra frecvenței cu care se întâlnesc și alte reacții autodistructive. Acest *facies* de personalitate și de destin nu este nici expresia obligatorie a cancerului, nici nu "duce" obligatorie la cancer; nu se pot stabili relații nici cu localizarea tumorii și nici cu gravitatea bolii.

Lui W.A. Greene relevantă pentru problema patogeniei leucemiei și limfoamelor nu i se pare atât "lunecarea" individului în conflicte care nasc sentimente de vină sau *agresiuni de tip bumerang*,

cât *pierderea resurselor psihice* - ducând la rușine și la lipsă de speranță. Dacă "experiența de separare" precedă, adesea, nu numai apariția unei leziuni canceroase dar și a altor infirmități - cum sunt colita ulcerativă și tireotoxicoza, ea nu este însă frecventă în cancerul la sân (H. L. Muslin, K. Gyrfas și W. J. Pieper, 1966). Experiența pare importantă totuși în cancerul de col uterin: frustrația pentru care nu se întrevide soluție și pentru care te simți vinovat. Este o constatare care permite (la paciente urmărite "longitudinal", în timp) predicția de la starea psihologică la starea somatică, în 11 din 18 cazuri (A. Schmale și H. Jker). Separarea *ar redeștepta* un conflict (mai precis: un conflict oedipian nerezolvat, cu atașament față de un tată pasiv).

În cancerul pulmonar, inabilitatea de a manipula conflictele emoționale, ca și dificultățile în "descărcarea" emoțională, joacă un rol plauzibil (Kissen). Extraversiunea pare a fi un factor real de predispoziție - *dar numai la femei*. Diferența de mortalitate în funcție de personalitate se observă numai la nefumători sau la cei care fumează puțin (în acest grup raportul între cifrele de mortalitate este de până la 4,5 : 1). Indiferent de tipul de personalitate, rata mortalității arată o creștere progresivă cu numărul de țigarete fumate zilnic. O comparație între cei care inhalează (*inhalers* și *noninhalers*) a arătat că primii, mai predispuși la cancer, sunt - în mod semnificativ - mai *săraci în capacitatea de descărcare emoțională*.

Explorarea psihologică poate merge însă mai adânc, spre *rădăcinile* vieții conștiente (cu stabilirea unor ipoteze dinamice și funcționale). Pacienții sunt frecvent autoritari, rigizi și conformiști din punct de vedere social (Cl. B. Bahnson și M. B. Bahnson, 1966); narcisismul lor este adeseori evident. Autorii se întreabă dacă pierderea obiectului de investigație afectivă nu duce la o investiție secundară în propria persoană. *Anxietatea nu este o variabilă discriminatorie* între canceroși și sănătoși. Pacienții canceroși tind să-și nege și să-și reprime impulsurile conflictuale și emoțiile în mai mare măsură decât ceilalți oameni. Acest mod de comportare față de

impulsurile dificile ar duce la un tip particular de autoalienare, cu o regresie *sui generis* la un nivel "infra-psihologic".

Intervenția mecanismelor *simbolice* a fost presupusă și argumentată de un număr de autori. De exemplu, s-a vorbit despre o "etiologizare simbolică", care pune în relație boala malignă cu emoțiile "maligne", printre care mânia, sentimentul de culpabilitate și menționata agresiune de tip "bumerang" (W. A. Greene, 1964). S-au "construit" teorii care pun în paralel distrugerea, reparația, regenerarea, creșterea, înmulțirea - pe plan psihologic și pe plan somatic. Regresiunea până într-un studiu de strânsă intercomunicație psihosomatică ar face curentă *exprimarea* reacțiilor și ripostelor psihologice pe plan somatic (biologic). R. R. Grinker atrage atenția asupra faptului că reacțiile psihosomatice se manifestă atât prin inhibiție și degenerare consecutivă, cât și prin hipersecreție, hiperemie, hiper-motilitate - deci prin "hiperbioze", cum este și proliferarea. Cum fiecare individ își are propria sa imagine corporală, înăuntrul căreia organele își au și o semnificație simbolică, *localizarea* procesului tumoral poate avea o semnificație și din acest punct de vedere. Cu două generații înainte, M. D. C. Lewis a caracterizat cancerul (uu numai metaforic!) ca fiind o "paranoie la nivel celular", idee emisă (sau reluată) recent de S. L. Feder. Dacă Bahnson ia în considerare mai ales aspectul productiv al proliferării canceroase, privită până la un punct ca un proces *regenerativ*, alți autori pun accentul pe aspectul distructiv al cancerului invaziv. Nu este de mirare că, pentru procese putând avea semnificații contrarii, corelatul psihologic nu este uniform! Pe de altă parte, asemenea situații desfid orice argumentare *riguroasă* a unei interpretări.

Anumite *cercetări epidemiologice, sociologice și statistice* pledează și ele pentru însemnătatea factorilor psihosociali în apariția și evoluția tumorilor maligne. Semnificația propriu-zisă psihologică a unora sau altora dintre situațiile care prezintă o incidență crescută (factori patogeni) sau scăzută (factori antipatogeni) față de media populațiilor este însă greu de stabilit. Astfel, după Jores și Puchta, insuficiența cardiacă, apoplexia și *carcinomul* sunt boli ce se întâlnesc foarte frecvent la indivizii pentru care *prestigiul social* are o mare

importanță și la care au survenit lezări ale acestuia (situații care n-au putut fi "prelucre" de personalitatea individului). Concluziile se bazează pe cercetarea pensionarilor după grupe de profesii. Kraus și Lilienfold, Peller, Murphy ș.a. au evidențiat rolul cancerigen al văduviei – situație care implică nu numai pierdere, despărțire, tristețe, griji (ori sentimentul de pierdere a sensului vieții), dar și modificări în activitatea de muncă și în starea social-economică. Ciocco a constatat că există "tendința" (prezentă atât la bărbați, cât și la femei) ca, după moartea unui partener conjugal, celălalt să moară din cauza aceleiași boli. Drept explicație pentru acest fenomen s-a avansat ipoteza unei alegeri subconștiente sau conștiente a partenerului, printre cei cu similitudine de structură psihologică și corporală. Zylmann a constatat că războaiele nu influențează rata de morbiditate și de mortalitate în cancer, în schimb aceasta crește în perioadele de crize economice și politice, ca și în perioadele de nesiguranță socială. Frecvența diferită a unor localizări canceroase la rase deosebite poate fi pusă pe socoteala unor factori genetici sau climatici, dar și pe socoteala obiceiurilor de viață deosebite, pe socoteala diferențelor de nivel cultural; dar nu se poate exclude și importanța *stress*-ului socio-economic (în această privință, menționăm diferențele în ce privește nivelul de trai și efectele complexe - inclusiv cele psihologice - ale discriminărilor rasiale). Există diferențe în rata morbidității și mortalității între englezii autohtoni și cei emigranți în Africa de Sud (Haenzel). Pflanz a efectuat o cercetare statistică ținând seama de "păturile" sociale; rata cancerului pare mai mare în "păturile inferioare" (unde este mai frecvent carcinomul gastric, bronșic și al căilor genitale feminine) și mai mică în "păturile" înalte (cu *status* socio-economic mai favorabil – dar unde se întâlnește, cu mai multă frecvență, carcinomul colic, rectal și mamar). Wynder a insistat asupra factorului igienic (aspect al factorilor culturali); igiena genitală ar fi de mare importanță în apariția cancerului penian și de col uterin; unele diferențe în funcție de religie ar ține exclusiv de acest factor (circumcizia este practică de evrei și de mahomedani). Wynder a mai constatat, la adventiști, o frecvență minimă a carcinomelor de plămân, de laringe, de mucoasă bucală și de esofag, de vezică urinară (la femei) și de carcinom cervical.

Credincioșii adventiști se abțin de la fumat și de la băuturi alcoolice, consumă mai puțină carne, cafea și ceai. Totuși ar fi greșit să neglijăm ceea ce ar putea aduce factorul *credință*, care - în aceste secte - este remarcabil, dându-le mai multă stabilitate sufletească și permițându-le să "prelucreze" într-altfel evenimentele trăite.

Oricum, orice boală este (etiologic vorbind) multifactorială: apare și evoluează prin concursul mai multor factori, iar rolul factorilor psihici pare variabil, nu numai de la boală la boală, ci - în cadrul aceleiași entități nosografice - de la individ la individ. Același lucru se poate susține și pentru eficacitatea psihoterapiei (mai precis: a diferitelor *forme* de psihoterapie), ca terapie simptomatică, patogenică sau (chiar) etiologică. Exemplificăm prin "cazul" cancerului cervical uterin (care constituie o problemă medicosocială), o listă a factorilor etiologici semnalati de cercetările cazuistice și epidemiologice (Schmale și Iker):

a) factori *nepsihologici*: ereditate; rasă-religie (negri, evrei); stare social-economică proastă; nivel scăzut al educației; infecție (sifilitică sau tricomonică); carcinogeni (din medicația anticoncepțională; estrogeni; din smegmă); traume (ulcerație sau eroziune cervicală); menarha (înainte de vârsta de 13 ani); începerea precoce a vieții sexuale; sarcini multiple; statusul marital (văduvă divorțată>măritată>solitară).

b) factori psihologici: fond familial perturbat (mamă dominantă, pierderea mamei înainte de vârsta de 12 ani, sentimente negative față de disciplina parentală); orientare sexuală perturbată (promiscuitate, aversiune față de actul sexual, anorgasmie); probleme de rol social (rejecția rolului feminin, discordie maritală) și -, în sfârșit, pierderea recentă (a unei persoane apropiate, a serviciului, a căminului, a averii etc.).

*

Care sunt bazele fiziologice (și mai cu seamă cele experimentale) care ne permit să considerăm, astăzi, că intervenția psihicului în etiologia, în patogenia, evoluția și tratamentul cancerului, este

plauzibilă și chiar "naturală"? Cele două serii de argumente majore pornesc: 1. de la constatarea corelatelor fiziologice (mai ales biochimice, umorale) ale emoțiilor; 2. de la cercetările efectuate pe animale, care au scos în evidență că afectarea sistemului nervos (și a sistemului endocrin, cu care acesta este strâns conectat) influențează apariția (sau "prinderea") și dezvoltarea tumorilor maligne.

Lucrările de acum câteva decenii incrimin角度 modificările de pH sanguin: emoțiile negative dând alcaloză, cele pozitive dând acidoză (Honegger, Scheller etc.). Reamintim că lucrările recente incriminează hormonii hipofizari, *corticosuprarenali*, tiroidieni, sexuali. Revărsarea de adrenalină și nonadrenalină în emoții aduce cu sine modificări ale glicemiei, ale concentrației acizilor grași în sânge, ca și descărcare de ACTH și ripostă vagotonică. Corticoidii inhibă reacțiile de apărare seroimunologică și topește barierele imunologice tisulare și umorale. Ei fac să involueze timusul, care are un rol încă neclarificat în apărarea față de cancer (atât prin funcțiile sale endocrine, cât și prin funcțiile sale imunitare). Manifestările *umorale* corespunzătoare diferitelor emoții nu au, la om, caracterul standardizat al reacțiilor reflexe înăscute (caracteristică de *specie*). Și la animale se observă o *tipospecificitate*: răspunsul hormonal și neurovegetativ la *stress* neurogen (sau emoțional?) nu este uniform la animalele de experiență - el diferind nu numai cantitativ, ci și calitativ (Corson, 1966, în experimente pe câine).

Afectarea sistemului nervos central poate fi considerată ca un "model" pentru afectarea psihicului. Corelațiile corticoviscerale (așa cum le înțeleg fiziopatologii) pot fi considerate, până la un punct, ca un "model" al celor psihosomatice. Se înțelege că orice relație psihosomatică *presupune* (în viziunea materialist-dialectică actuală) un mecanism cerebrovisceral. De aceea, nu sunt lipsite de interes datele pe care le transcriem mai departe. *Izolarea* șoarecilor (afectând activitatea lor motorie, ca și pe cea sexuală) modifică incidența cancerului spontan (Andervont, Mühlbock). *Stress-ul neurogen* (prin șoc electric) face să se manifeste mai net predispoziția rasială a speciei pentru cancer (Reznikoff și Martini), favorizează acțiunea cancerigenă a factorilor chimici, biologici etc. Interesantă este observația lui

Rashkis după care, la o dozare *optimală* a *stress*-ului, se poate obține o rezistență crescută față de factorul inductor! Un efect (nespecific?) de întârziere a creșterii tumorale prin *stress* a fost observat și de Matthes (deși, de obicei, *stress*-ul - ca și nevroza experimentală - duc la accelerarea dezvoltării tumorii). Asemenea observații (ca și multe altele) ne obligă la abandonarea schemei simpliste *stress* = noxă; un grad moderat de *stress* este un antrenament al funcțiilor de reglare și crește vitalitatea organismelor. Trebuie să amintim că, printre modelele experimentale folosite, există unele care simulează *frustrația* umană: frustrația sexuală (Nugmanov) și cea alimentară (Esytina). Rezultate concludente au fost obținute folosindu-se mijloace de solicitare, mobilizare (alarmă), antrenare, epuizare, *perturbare* (dezechilibrare) a sistemului nervos central. Perturbarea a fost la rândul ei obținută prin ciocnire, supratensiune, diferențiere împinsă dincolo de anumite limite. Primele lucrări în acest sens - devenite clasice - au fost efectuate încă de mult, în laboratorul lui I. P. Pavlov de K. M. Petrova pe câini (cancer în cadrul unui proces distrofic multiform; favorizarea papilomelor de gudron). Cercetările sistematice în această direcție efectuate pe rozătoare au fost prezentate mai recent de către Kavețkii; s-au utilizat stimularea și inhibiția medicamentoasă, decortizarea, lezarea hipotalamusului etc. Însemnătatea tipului de *sistem nervos* a fost stabilită de asemenea prin cercetările școlii lui I. P. Pavlov (în a 2-a și a 3-a generație de cercetători); rezistența maximă aparține tipurilor puternic și echilibrat (Turkevich).

Sevoenko a confirmat aceste date prin cercetări clinice (pe om) și, după cercetările efectuate de Hagnell (1966), tipul cancerosului este un tip "substabil".

*

Corelațiile fiziopatologice și psihosomatice pe care le imaginăm astăzi între traumatismele psihice și cancerogenează evidențiază verigile endocrine și factorii personali.

Factorii psihici ar influența *mai ales* cancerule hormonale-dependente - dar și organe care intervin în "expresia" viscerală a emoțiilor.

Evenimentul unic este echivalent cu o traumă; situația de tensiune și de solicitare este o dramă. Semnificația evenimentului pentru organismul uman poate fi, în unele cazuri, "impersonală" - adică semnificația "naturală", comună exemplarelor speciei. În numeroase situații care produc frică, groază, spaimă - aceste afecte sunt corelate psihic al unei "reacții de urgență", care poate ajunge la o adaptare veritabilă, reușită. "Reacția de urgență" (de ieșire din situația dată) înseamnă o solicitare neuroendocrină și tisulară cu repercusiuni asupra sistemului imunitar. Excesul hormonal poate exercita o stimulare de creștere și proliferare asupra organelor țintă: este una dintre căile de inițiere sau influențare a cancerului endocrinodependent. Un cancer latent poate deveni patent; un cancer mascat se poate demasca. Dar excesul hormonal poate rupe echilibrul imunitar stabilit între cancerul latent și organism: acțiunea neurohormonală este de debilitare, facilitare, precipitare (mai mult sau mai puțin nespecifică). Toate aceste consecințe nedorite pot fi coproduse ale unei reacții cu bilanț adaptativ momentan pozitiv. În cazul organismelor labile, "reacția de urgență" nu duce la un rezultat adaptativ sau parțial adaptativ, ci la un dezechilibru și la o dereglare durabilă (*disbionomie* - Rothschild). Permanetizarea unui astfel de dezechilibru poate îmbrăca aspectul nevrozei, cu o disfuncție endocrină, un dezechilibru imunologic și o distrofie tisulară întreținute prin mecanisme *cerebroviscerale*. Toate aceste eventualități pot fi descrise în termeni de fiziologie și de fiziopatologie.

În alte cazuri, semnificația evenimentului pentru persoana umană poate fi *personală*, ținând de experiența sa biografică, de răsunet psihologic, de capacitatea sa de a lua atitudine, de rezistența sufletească, de "elaborarea" subconștientă, conștientă, spirituală. Traumatismul netamponat dezlănțuie o "reacție catastrofică" acută. Ea poate fi tranzitorie: persoana se obișnuiește, uită, se consolează. Dacă ea se permanentizează, rezultă o psihonevroză sau o somatizare viscerală. "Alegerea" simptomelor și a organului poate avea o semnificație simbolică (deci "psihică"), particulară bolnavului respectiv (deci idiospecifică). Eventualitățile nu pot fi descrise și înțelese complet

decât în termeni de fiziologie, fiziopatologie, psihologie și psihopatologie. Mecanismele sunt psihosomatice.

Traumatismul psihic, dar mai ales drama psihică, pot să însemneze inițierea unei situații conflictuale, sau redescoperirea unui conflict vechi. Nevroza și (mai rar) psihoza par a fi alternativele "fugii" din sănătate înspre boală somatică (Bahnsen).

Disfuncția endocrină, oricare ar fi originea ei, este un factor cauzal și condițional al inițierii, demascării, patentării și metastazării oncologice. Cancerul antrenează, la rândul său, solicitări și dezechilibre imunologice, endocrine, viscerele, neurologice și psihice - prin substanțe de tip toxic, hormonal, pseudohormonal (similare hormonilor) și cvasihormonal (hormoni cu defecte). În sfârșit, descoperirea bolii, conștiința acestui fapt constituie (la rândul lor) traume și drame care "închid" cercul patogenetic printr-o verigă psihică (sau, mai bine zis, îl transformă într-un cerc vicios).

Care sunt "ieșirile" posibile dintr-o situație conflictuală? O cale sau alta este aleasă în funcție de factori personali (ereditate, antecedente fiziologice și patologice, biografie psiho-socială); răspunsul poate fi *tipospecific* sau chiar *idiospecific*. Starea afectivă pierde nocivitatea numai în cazul în care tensiunea sa este "descărcată". "Descărcarea" emoțională poate fi de cel puțin patru feluri:

- a) directă - rezolutivă, "la obiect" (de exemplu, furia dezlănțuită duce la bătaie);
- b) derivativă, care este mai mult o cheltuie nespecifică de tensiune nervoasă (de exemplu, exercițiu muscular). Modalitatea vicariantă este *energetică*;
- c) simbolică - în care acțiunea (incomplet rezolvată) se aplică la un alt obiect (asemănător) sau se face apel la o acțiune analogă;
- d) catartă, de obicei prin mijlocirea cuvântului vorbit sau scris (subordonând o gamă de manifestări, de la sudălmă și de la spovedanie până la jurnalul intim și la realizarea artistică).

Funcționarea insuficientă a canalelor descărcării emoționale poate duce la psihonevroză, psihoză, sau la o *regresiune* a persoanei până într-o "fază" în care anxietatea, tensiunea etc pot fi satisfăcute prin mijlocirea unor nevoi organice (de ex. mâncare). În această fază (etapă), relațiile psihoviscerale sunt mult mai strânse decât la adult,

persoana fiind extrem de puțin diferențiată în "suflet" și "corp" (Grinker). Corelațiile corticoviscerale în *general* sunt mai strânse; în cadrul *unității* organismice nu s-a dezvoltat, încă, *autonomia* și homeostazia *organelor*. Legătura dintre "somatizarea" dramei personale și cancer poate fi urmărită - și de data aceasta - *pe plan fiziologic* (cerebrovisceral în sens larg și nespecific) sau pe plan psihosomatic (cerebrovisceral în sens îngust), cu o pondere mai mare a specificității.

Pe plan fiziologic, "somatizarea" poate îmbrăca aspecte de involuție: îmbătrânire precoce, debilitate nespecifică. În conformitate cu principiul (organismic) al ripostei, involuția antrenează procese regenerative. Legătura *biologică* dintre involuție și cancerizare a fost analizată de D. Postelnicu (1966). Localizarea tumorii se poate face pe organul cel mai vulnerabil (meiopragie) sau cel mai solicitat; uneori, "localizarea" este numai o *demascare* a unei latențe sau o *favorizare* a metastazării.

Pe plan psihosomatic, proliferarea tumorală este - după unii autori - o proliferare "simbolică". Sunt de considerat două evenimente, corespunzând tendințelor de *exteriorizare* sau de *interiorizare*, celor *pozitive* (creștere) și celor *negative* (distrugere). Creșterea înseamnă regenerare deviată, renaștere aberantă, schițarea unei perturbări de tip vegetativ. Tumoarea este un pseudoorganism și un neoorganism cu vitalitate mărită (Jonas, 1966). Cancerizarea poate fi un "reflex paleobiologic" (Stevenson), "autoamputativ" ca în schizogamie (Jonas). Aspectul distructiv poate fi corelat unui conflict interior, unor tendințe autoagresive, a unei anarhii etc. Localizarea tumorii poate avea, la rândul ei, o semnificație simbolică (deoarece fiecare organ are, pentru persoana pe care-l poartă, și o semnificație biografică, simbolică, axiologică, - o "încărcătură afectivă" care ține și de elemente culturale). Ea poate avea (?) și o semnificație imitativă (localizări identice în familii de canceroși?). Este de subliniat însă că localizarea - chiar în cadrul unei patogenii psihosomatice - poate fi explicată prin meiopragie, prin solicitare sau prin uzură; organul "iese înaintea bolii", el nu este întotdeauna "ales". Patogenia este rareori "pur" psihosomatică sau "pur" cerebroviscerală.

Din aceste considerații se pot vedea cât de numeroase sunt "drumurile care pot duce la cancer", într-o accepție diferită de cea a *lezi-*

unilor precanceroase și chiar de cea a *bolii precanceroase*, înțelegând ca o diateză metabolică sau endocrinometabolică (Corneliu Popescu atribuia hipotiroidismului constituțional un rol esențial în precancer).

*

Printre mecanismele de apărare ale ego-ului, cele de negare și represie au o importanță medicală oncologică. Promptitudinea cu care pacientul se prezintă la medic depinde, la multe persoane, de prezența sau de absența unor astfel de mecanisme (Henderson, Wittkower și Loughheed, 1958). Psihicul se ferește de lucidități traumatizante, chiar dacă rezultatul tardiv este primejdios sau fatal. Atitudinea față de boală și față de propria persoană având determinante culturale, etice, tradiționale, etnice etc., exemplele care urmează nu pot duce la concluzii. Într-o statistică pe 50 de pacienți scoțieni, 38 s-au prezentat la medic cu o întârziere de peste trei luni de la apariția simptomelor. Explicația (motivația) acestei întârzieri a fost variabilă: simptomelor nu li s-a dat importanță; a lipsit durerea; a intervenit experiența de viață - în sensul unui contact precedent cu persoane canceroase cu evoluție malignă; pacientul s-a considerat "prea bătrân" pentru a mai merita îngrijire; tratamentul eventual a fost considerat ca fiind prea costisitor; l-a împiedicat "pudoarea" de a se expune examinării, teama de medici, de spital, de operații și - bineînțeles - teama de diagnostic. Uneori a intervenit structura "masochistă", cu complacerea în suferință; persoana era obișnuită să-și considere grija de sine ca pe o preocupare insignifiantă în raport cu grija față de alții. Cercetarea de adâncire a situațiilor a scos în evidență faptul că *doi factori* dominau scena:

a) relații bune interpersonale între medic și pacient, încrederea pacientului în medic și tactul medicului;

b) structura anormală a personalității. Personalitatea isteroidă (labilă din punct de vedere emoțional) este frecvent întâlnită în grupul celor care se prezintă cu întârziere. Paradoxul este doar aparent, deoarece acest tip de personalitate folosește, în mod predilect, ca mecanisme defensive ale ego-ului, negarea și repre-

sia). Persoanele care au suferit anterior de psihoze bine definite și la care existau simptome reziduale, au prezentat și ele tendința de a lua act de simptome și de a le interpreta în chip nerealist. Este interesant de reținut că bolnavi în posesia tuturor datelor semiologice semnificative și având suficiente cunoștințe de medicină (chiar medici) sunt adeseori incapabili să tragă concluzia logică a diagnosticului de malignitate, recurgând la interpretări și explicații extrem de subrede, *în care cred*. Analiza statistică a datelor mai arată că bagajul (sau nivelul) de cunoștințe *nu* este un factor important care să influențeze promptitudinea prezentării la medic: factorul pur informativ este mult mai puțin însemnat decât cel afectiv. Pentru a face profilaxia incurabilității printr-un tratament precoce, este mai important să se încurajeze relațiile interpersonale pozitive (de la persoană la persoană, de la medic la pacient) decât să se intensifice propaganda și educația sanitară (J. G. Henderson, 1966).

Toate aspectele psihologice și psihopatologice pe care le menționăm în acest subcapitol nu trebuie confundate cu reacțiile psihotice sau cvasipsihotice, frecvente la canceroși, și care fac parte din boala *organismului* canceros, "intoxicat" de tumoare cu substanțe biologice active, de exemplu pseudohormoni sau cvasihormoni polipeptidici, sau zdruncinat prin dureri, șoc afectiv etc.

*

Care sunt *reacțiile psihologice* față de boala "percepută" sau recunoscută ca atare? Unii autori consideră că depresiunea (menționată de noi în primele pagini ale acestui subcapitol) este o *reacție* la boala sesizată inconștient (cenestezie, de exemplu) și nu un fond temperamental predispus. În orice caz, depresiunea, până la desperare, nu lipsește dintre reacțiile *conștiente* la comunicarea sau la confirmarea diagnosticului. Medicina dispune de numeroase documente de tip jurnal care descriu evoluția psihologică a unui canceros. Această evoluție depinde, evident, de atitudinea bolnavului față de

viață și față de moarte, de *aspirațiile* sale către atitudinea eroică sau stoică, ca și de apartenența sa la unul dintre cele două tipuri definite de F. Baumgarten: *Werkgebunden* (legat de operă, de activitate) sau *Lebensgebunden* (legat de viață).

Radu Gh. Chirovici s-a internat în Institutul Oncologic din București pentru a cunoaște psihologia canceroșilor. Reportajul publicat a fost un îndemn la atitudinea eroică și la înfruntarea amenințării morții, prin explorarea rezervelor de vitalitate și de sensibilitate. Acest reportaj a stârnit vii proteste în numele "minciunii alinatoare", considerată greșită ca fiind singura atitudine umanitară față de canceroși.

Prin frumusețea stilistică și prin adâncirea autoobservației, un loc aparte îl merită jurnalul romancierei Yassu Gauclère. În 1960, pacienta a crezut a-și decela un cancer de sân; dar "o conjurație de medici" și de prieteni a reușit să o deturneze de la diagnosticul pe care și l-a pus cu atâtă luciditate, apoi să o convingă că suferea de o nouă atingere a vechii sale tuberculoze... A fost tratată cu cobalt, însă fără să i se spună consecințele îndepărtate ale acestei intervenții... Admirabil dusă cu vorba de către medicii ei, a trăit ca o tuberculoasă, odihnindu-se, plimbându-se, visând și citind... Boala progresând, unul dintre medicii-prieteni se decide să-i scrie adevărul. Profesorul Etienne, care povestește acest episod, continuă: "În ziua în care a primit această veste, Y. mi-a spus: «bine; de mâine îmi schimb stilul de viață și încep să scriu»..." (se gândea la un roman). Am descurajat-o atât cât am putut, știind că-i mai rămân puține luni de viață. Cum ea dorea să scrie de asemenea un eseu despre raporturile între marii bolnavi, medicii lor și moarte, i-am dat sfatul să se decidă pentru acest subiect - sperând că-l va putea duce la bun sfârșit. Dar după câteva zile, edemul îi paraliza brațul drept...". Moartea a survenit după două luni. "E de ajuns să spun că ea înțelegea să protesteze împotriva stării prezente a deontologiei, din cauza căreia a refuzat operația - operație care, în mintea ei, ar fi putut-o salva - pentru că medicii nu îndrăzniseră să-i mărturisească adevărul. Ca urmare, ea a acceptat doze enorme de cobalt, fără să fie lăsată să bănuiască ce sechele atroce vor rezulta pentru dânsa. În fine - și mai ales - ea protesta contra dreptului pe care și-l arogă medicii de a nu spune adevărul

bolnavului care-l cere... Disimulându-i natura bolii sale, medicii au făcut-o să se transforme într-o leneșă, în timp ce, sigură că va muri, ea ar fi început să scrie de îndată (...) și, în aceste împrejurări, ar fi terminat romanul care o preocupa de atâția ani... M-am întrebat însă dacă medicii n-au avut cu toate acestea dreptate, incitând-o să trăiască în speranță timp de un an, mai curând decât să scrie în tot acest timp știind că este condamnată. Nu este ușor să răspundem acestei întrebări; câteodată, îmi reproșez că am ascultat pe confracți, căci știu că lășitatea mea face ca literatura noastră să aibă o carte frumoasă mai puțin". Adăugăm că trauma psihică a "cunoașterii diagnosticului" poate agrava decursul bolii ca și oricare altă traumă. Există, așadar, o *Scylla* a ignoranței care împiedică, uneori, instituirea unui tratament complet, cu justificare științifică, și o *Charybda* a biciuirii procesului prin reacție afectivă la adevăr.

Există un *spectru* terifiant al cancerului și datorită medicilor este să înlocuim spaima în fața acestui *spectru* cu o considerare lucidă, realistă, a bolii. Există cancere vindecabile și altele care, tratate adecvat, asigură o supraviețuire îndelungată. Y. Gauclère susținea că "nimeni dintre noi nu-și permite să excludă această perspectivă din propriul destin", dar acest lucru se aplică majorității bolilor care nu sunt ereditare. Ea mai susținea că "cancerul nu permite speranțe îndepărtate"; totuși, față de viteza cu care apar progresele în terapia medicală, speranțele cancerosilor sunt cu mult mai îndreptățite astăzi decât acum - să zicem - douăzeci de ani. Autoarea era însă, probabil, dreptate atunci când remarcă cum, spre deosebire de tuberculoză (azi, în mare măsură vindecabilă), cancerul nu este "poetizat prin literatură". "Tuberculoză" este un cuvânt care sugerează concediu, menajare, odihnă, *vindecare* îndepărtată.

Conștiința prezenței cancerului în propriul corp este un impact informațional (Shands): leziunea este o noutate negativă, este un simbol al morții; pacientul este "brusc și puternic lovit de distrugerea unui viitor predictibil, parte adesea dominantă a eului său". Repetând în gând constatarea situației, ea încetează să mai fie o noutate, devine o situație curentă: adaptare prin "redundanță reflexivă".

Pe de altă parte, într-o civilizație (ca cea occidentală) în care raționalitatea a fost idolatrizată timp de secole, diagnosticul de cancer (boală încă neclară din punct de vedere etiologic și patogenic) echivalează cu o irupere a iraționalului și aleatorului. Se adaugă caracterul aparent *impersonal* al legăturii cu boala (cancerul ca un corp străin), caracterul invadant: o adevărată conștiință a "trădării și rebeliunii" unei părți din corp. Personalitatea tinde să neutralizeze impactul și prin alte mecanisme decât negarea, "raționalizarea" (în înțelesul dat de psihanaliză acestui termen) sau redundanța reflexivă: distanțare intelectualizantă (considerații teoretice, interes livresc); externalizare (o femeie își descria cancerul uterin ca pe un "copil malign").

Este însă greșit să uităm că boala canceroasă sperie în primul rând (Bard) prin implicațiile sale de lungă și de grea suferință (uneori penibilă din multe motive).

*

Pentru că nu există nici medic-standard, nici bolnav-standard, nici cancer-standard (A.M. Sutherland, 1959), la întrebarea dacă un canceros trebuie sau nu să cunoască adevărul asupra stării sale, nu se poate da un răspuns valabil pentru toate formele și toate fazele de dezvoltare a cancerului, pentru toate tipurile de persoane umane și pentru toate situațiile. O explorarea psihologică suficient de îndelungată și de atentă este uneori necesară înainte de a lua o decizie.

Opiniile medicilor sunt foarte variabile în această privință. Argumentele principale ale pozițiilor extreme sunt, după cum se știe:

1. *pentru abstenționiști* - teza după care adevărul distruge ceea ce a mai rămas din personalitatea integrată a bolnavului (opinia lui Ch. S. Cameron, director medical al Societății americane de cancer);

2. *pentru ceilalți* - teza după care această "informație" îi ajută pe bolnavi să-și înțeleagă boala și să coopereze mai adecvat cu medicul.

Tratamentul cel mai eficient presupune comunicare reciprocă și liberă.

Fitts și Ravdin (1953) au cercetat părerile și obiceiurile a 442 de medici din Philadelphia (S.U.A.): 3% mărturiseau adevărul întotdeauna, 28% îl mărturiseau frecvent; 57% de obicei îl ascundeau, iar 12% nu-l declarau niciodată. În 1961, Oken (lucrând la Chicago) a constatat ca atitudinea de covârșitoare majoritate este de abținere (78% printre generaliști, 87% printre chirurghi și 90% printre internști). Pe de altă parte, sondaje de opinie în rândul pacienților au arătat (Kelly și Friese, 1950) că 89% dintre canceroși doreau să știe adevărul iar 82% dintre necanceroși își exprimau aceeași dorință, în cazul în care ar fi bolnavi. Cifrele nu diferă în statistica lui Samp și Curreri (1957) făcută pe pacienți și pe membrii familiilor lor (87%).

Pentru a evita dezorganizarea emoțională a bolnavului, trebuie să luăm în considerare modul în care bolnavul își privește în general boala - *semnificația* bolii pentru bolnav. M. Bard și Ruth Dyk (1956) au constatat că, în general, bolnavii se pot clasifica în două clase: a) cei care se auto-blamează, considerându-se vinovați de "agravarea" bolii; b) cei care se refuză sentimentelor de vinovăție cu *proiecția* blamajului (asupra altor persoane, asupra unor agenți supranaturali ori asupra unor mecanisme naturale). Pacientul trebuie încurajat să-și exprime sentimentele și atitudinile, pentru a ne pune la îndemână criterii pentru alegerea comportării. Pe de altă parte, se cer efectuate cercetări asupra valorii biologice și sociale ale mecanismelor de apărare psihică, cum sunt regresia, dependența, ipohondria, negarea, proiecția paranoică. S-a constatat astfel că femeile care după mastectomie radicală au căutat să-și disimuleze infirmitatea, au suferit în general de o invaliditate atenuată (Bard și Wexenberg, 1957). *Semnificația bolii* pentru bolnav ține, în mare măsură, de valoarea (simbolică sau nu) atribuită organelor. Histerectomia totală, castrația, afectează prin aceea că se referă la sfera sexuală (și - practic - la viața conjugală sau erotică).

Nu trebuie neglijate nici reacțiile afective ale *medicului* în fața cancerului bolnavilor săi. Sondaje de opinie au arătat că o bună parte dintre medici sunt tot atât de îngroziți ca și bolnavii, considerând - în

mod superstițios - că diagnosticul de cancer este o sentință de moarte sau o condamnare la tortură. E. E. Renneker (1957) a examinat din punct de vedere psihanalitic reacțiile de "contra-transfer" în cancer. Atitudinea realistă a medicului, care să ajute bolnavului să se ajusteze la cancer și la efectele sale distrugătoare, nu este regula. Mecanisme psihodinamice fac pe medic să *distorsioneze* realitatea. Investiția narcisistică în tratamentul indicat produce perturbații sufletești în cazul apariției recidivelor. Unii trebuie să depună eforturi pentru a rezista la "identificarea" cu pacienții ce mor. Nu rareori apare cancefobia. Identificări greșite pot determina anxietăți și sentimente de culpabilitate. Se pot activa sau reactiva fantezii, experiențe traumatice și forme "arhaice" de comportament. Mai ales chirurgul trebuie să-și depășească orice atitudine emoțională negativă în fața fenomenului "cancer", astfel încât să nu-și facă treaba "de bine de rău", ci să *îndrăznească în numele speranței*. Există primejdia supraestimării incapacității pacientului din cauza simțului propriului eșec (A. Rothenberg, 1961).

S-a preconizat *protecția psihofarmacologică*. Medicația psihotropă aduce reale servicii, ca adjuvantă a terapiei chirurgicale. De obicei, pacienții sunt anxioși preoperator, depresivi postoperator, uneori excitați; câteodată apare o psihoză postoperatorie (care, în stare floridă, este greu de deosebit de o reacție acută paranoică de tip schizofrenic): o reacție de *panică* acută. În aceste împrejurări reacțiile par a apărea mai frecvent atunci când sunt lezate regiunile genitale sau când se pierde puterea de comunicare, ca rezultat al intervenției (laringectomie). Psihotropele sunt utile și în reacțiile de tip maniac. Depresiunea se datorează *anticipării* debilității, durerii cronice, desfigurării, pierderii vitalității sau a potenței sexuale, sau pierderii independenței fizice; dar - probabil - și unor mecanisme dinamice cuprinzând reprimarea sentimentelor de ostilitate sau de supărare. O enormă greșală este obiceiul medicilor cancerologi de a se feri să stabilească relații personale, "afective", cu canceroșii, mai ales în perspectiva morții lor iminente. Totuși, s-ar putea ca "15 minute dedicate convorbirii cu pacientul să salveze ore întregi de activitate a medicului și a surorilor, administrarea de duzini de tranchilizante și de

narcotice, executarea unor teste de laborator și a unor examinări radiologice". Cu ajutorul hipnozei putem ușura bolnavul de dureri rebele și de neplăcerile altor tratamente; hipnoza poate constitui un tip foarte eficient de "terapie suportivă", iar succesele sale concrete ne pot convinge de utilitatea psihoterapiei în general.

S-a subliniat (S. L. Feder, 1966) că, pentru majoritatea cancerozilor, importanță nu pare a fi suprimarea spaimei de moarte (căci moartea nu poate fi "gândită conceptual", ea este dincolo de experiența noastră subiectivă), cât ușurarea durerilor, asigurarea că nu va fi abandonat, evitarea izolării, convingerea că nu este părăsit afectiv. Nu sunt numai imperative umanitare, ci și căi de a ameliora decursul bolii. Medicul va trebui să ofere oportunități, "descărcare emoțională"; s-a constatat că, în aceste condiții, decursul este mai favorabil. Gestul simplu de a te așeza pe marginea patului unui canceros poate avea efecte nebanale. În schimb, sunt contraindicate afirmațiile liniștitoare nejustificate; expresia "totul va fi în ordine" poate fi interpretată drept o dovadă de indiferență ca un stereotip ce nu coboară până la particularitățile cazului și ale persoanei.

Nu este clară relația dintre *cancer* și *suicid* (Plügee, Hofstätter ș.a. s-au mirat de raritatea sinuciderilor la cancerosi, dar cercetările lui Shan impun o nuanțare a concluziilor). Cazul cunoscutului psihanalist Stekel, suferind de cancer genital, n-ar putea fi explicat, mai curând, prin localizarea tumorii? Unii cancerosi se sinucid sau își caută moartea păstrând secretul cauzei organice și afișând o altă motivație: cazul scriitorului St. Zweig, a cărui sinucidere a fost interpretată ca un gest de desperare politică - în momentul trecător de apogeu al militarismului hitlerist (fapt comentat critic de către Th. Mann).

În general, valoarea psihoterapiei este subestimată în oncologie. Argumente indirecte pentru utilitatea ei ca *tratament patogen* (ducând, eventual, la blocarea sau la regresivitatea tumorii) sunt, pe de o parte, cazurile de cancer cu vindecare spontană, pe de altă parte, regresivitatea sub hipnoză a tumorilor benigne (de natură virotică) cum sunt verucile. Mobilizarea pe cale psihică a forțelor imunitare ale organismului este un fapt cu acoperire clinică și experimentală. O altă

explicație ar fi ruperea unor cercuri vicioase, în care există ca verigi durerea și desperarea.

*

Sunt necesare și câteva cuvinte despre *cancerofobie*. Kant spunea că persoanele care se tem de cancer, îl vor face: evidență exagerare. Homeopatia susține a avea remedii specifice împotriva acestei fobii. În orice caz, există o cancerofobie "iatrogenă" a cărei profilaxie este o obligație elementară.

Unii practicieni (Iosif Macavei) au observat *cancerofobia* unor persoane suferind de afecțiuni banale, contrastând cu neglijarea și "negarea" unui cancer evident la alte persoane.

Psihologia Infirmității

După cum era de așteptat, *psihologia infirmității* a fost obiectul a numeroase cercetări speciale. Moor face remarcă justificată că cercetătorul superficial observă numai ceea ce-l deranjează pe *dânsul* - și, de aceea, rezultatele studiilor nu sunt totdeauna concordante. *Superficial privit*, infirmul este susceptibil, hiperexcitabil (irascibil), invidios, nelăcom, cu o exagerată tendință de a se autoexamina și cu un exagerat sentiment al demnității (Meng). Este de remarcat că "descrierea" psihologiei infirmilor, făcută de către observatori cu integritate somatică, este adeseori alterată de *judecățile de valoare* pe care suntem înclinați să le facem cu privire la ceea ce este aberant, la ceea ce se găsește în minoritate. Cei normali au o "rezervă" față de "omul însemnat" (= cu semne particulare, adică particularizat printr-un stigmat somatic) - nu atât din motive estetice, cât dintr-o superstițioasă aprehensiune pentru iruperea "demoniului" în cotidian sau din teamă de o eventuală atitudine inechitabilă (față de dânsii) din partea celor infirmi (oameni nedreptățiți de soartă). Există o tendință de a-i acuza de complicitate la propria lor nefericire. S-ar putea caracteriza atitudinea celor normali față de infirmi drept o atitudine *ambivalentă*: ei sunt compătimiți, dar și priviți cu dușmănie; ei sunt

priviți cu superioritate și din teamă; grija extremă a părinților față de copiii infirmi, punctată cu numeroase inconsecvențe, trădează această atitudine (Barker). După Würtz, "ritmica corporală perturbată" ar genera un suflet anormal. Această viziune *simplistă* despre *mens sana in corpore sano* a stat și la baza aruncării de pe muntele Taiget a copiilor care nu erau destul de voinici în vechiul stat al Spartei (oraș care a produs buni războinici, dar n-a strălucit prin cultură și prin civilizație). Este o viziune simplistă, ironizată prin caricaturizare și de G. Topârceanu. Sub o anumită formă se întâlnește și în literatura romantică sau în folclor. Semnificativă a fost situația psihosocială a *bufonilor*, pitici sau cocoșaji (vezi opera *Rigoletto* a lui G. Verdi). În basmul *Harap-Alb* al lui Ion Creangă, acesta este sfătuit de tatăl său să se ferească de stigmatizații somatici (de ex. de spâni). După opinii contemporane (V. Dem. Zamfirescu, 1980), în atitudinea de respingere a "omului însemnat" putem identifica și o rădăcină etologică: comportamentul agresiv al multor animale față de exemplarele aberante ale speciei. Mai curând se poate spune că atitudinea greșită a ambianței face din mulți infirmi niște *sociopași*. Arnold accentuează asupra sentimentului de inferioritate, asupra apatiei, asupra lipsei de inițiativă și asupra unui grad de "resentiment economic".

În realitate infirmii nu alcătuiesc un "tip unitar" din punct de vedere psihologic - și nu numai pentru că psihologia lor depinde de structura personalității. Este adevărat că infirmitatea *vizibilă* este altceva decât o boală viscerală ("internă"), dar factorul principal pare a fi - și aici - *atitudinea* infirmului, *adaptarea* sa la situația morbidă.

Moor deosebește, în multe cazuri, o tendință manifestă de a se bucura deplin de viață; o comportare "ca și când" nu s-ar fi întâmplat nimic. Această situație nu duce însă, întotdeauna, la rezultate bune, căci nu totdeauna bolnavul este capabil "să-și poarte crucea singur" (el are nevoie de compasiune, solitudine, ajutor etc.). Dar compătimirea lipsită de tact și de delicatețe este o traumă "socială". Traume mai grele sunt cele care-i fac să se simtă ca o povară sau ca paraziți ai vieții altora. De multe ori contactele interpersonale sunt alterate (Dambo, Ladieu și Wright); există însingurare și bariere de tip *tabu* (a nu se vorbi de funie în casa spânzuratului!). Sentimentul stânjenitor

de "apartenență" la o "minoritate" (adică de neapartenență la majoritatea sănătoasă, de "excludere" din grupul acestora) poate fi accentuat prin rezerva de a le da sarcini sau de a-i solicita prin gruparea *împreună* a infirmilor etc. La copii, dificultățile ivite în calea traducerii în fapt a dorinței de a se juca, perturbă dezvoltarea personalității. Meng vorbea despre perturbarea convertirii în "principiul realității". Acest autor a insistat asupra faptului că sentimentul de inferioritate apare atunci când lipsește dragostea (frustrația afectivă). Jocul însuși și comunicarea liberă cu copiii este o condiție *sine qua non* a unui ritm normal de dezvoltare intelectuală. Pedagogii au constatat totuși că infirmii pot fi mai ușor stimulați decât copiii sănătoși, atunci când se face apel la voință și la ambiție, ceea ce constituie o premisă pentru bune performanțe școlare și pentru o bună conduită etc. Dar eșecurile sunt suportate mai greu decât de copiii normali. În rare cazuri, sentimentul de a fi un "caz excepțional" poate aduce o oarecare satisfacție narcisistică (Byron, care avea un picior șchiop din naștere, brava comparându-și infirmitatea cu copita diavolului).

S-a notat frecvent că un grad de întârziere mentală este adus de crușare, cocoloșire, spitalizare - chiar în cazuri banale de rahitism, tuberculoză etc.

Formarea unui ideal de viață socială întâmpină greutăți. Faptul că sănătatea și "normalitatea biologică" devin idealuri intangibile constituie o continuă sursă conflictuală; dar ea poate fi totuși "secată". Infirmii devin mai ușor ipohondri pentru că își uită mai greu corpul, pentru că sunt legați "libidinal" de partea infirmă, pentru că sunt anxioși (Meng). Persistența situației conflictuale este mai rară decât se crede; la infirmi se întâlnește mai des *resemnarea* sau tendința de supracompensare (*trotzdem*, Braeger) - analizată mai întâi de A. Adler. Obstacolele "psihizează": copii ajung, adesea, hiperevoluati psihic, cu naivitatea pierdută, precoci, chiar bătrânicioși. Principiul fundamental psihoterapic și de pedagogie terapeutică ar fi acela "de a face din nevoie - înțelepciune" (Moor). Reorientarea personalității trebuie să urmărească, în primul rând:

a) o "îngustare" a perspectivei asupra pierderii (dacă se poate cu o *subapreciere a valorilor pierdute*);

b) folosirea defectului organic drept stimul al compensării sau al supracompensării (cu grijă însă pentru *autenticitatea compensării*);

c) adâncirea valorilor vieții tocmai prin experiența suferinței și a limitărilor (este nevoie de multă abilitate pentru a prezenta *cotitura* în existență ca pe o veritabilă "moarte și reînviere", ca pe un adevărat proces de creație).

În fond ni se pare *justificată* întrebarea: de ce ținem atât de mult să aparținem *liniei de mijloc*?

Medicul trebuie să dispună de "instrumentar psihic" și să întâlnească un suflet plastic. Adaptare, reîncadrare, reabilitare, ajustare - sunt modalități și obiective care se cer urmărite simultan.

Medicul ca pacient

O antologie instructivă în acest domeniu a fost publicată de Grotjahn. Cele 138 fragmente cuprind descrieri *subiective de boală* din autobiografii, prezentări cazuistice din literatură și răspunsuri la o anchetă *ad hoc* (incluzând și autodescrieri la parturiente). Această antologie are însemnătatea sa pentru istoria culturii, pentru istoria științelor medicale, dar și pentru psihologia medicinei. Descrierea simptomatologiei subiective, a aspectelor subiective în apropierea acută de moarte (Naunyn, Billroth) sau în îmbătrânire (Burdach, Freud) nu epuizează însă interesul lucrării. Grotjahn crede că, în afară de lărgirea cunoștințelor despre esența și despre decursul bolilor, lectura acestor documente poate crește calitatea interpretării anamnestice; poate determina o sporire a atenției date vindecării spontane; poate convinge despre însemnătatea micilor detalii ale îngrijirii bolnavilor; poate duce chiar și la înțelegerea tendinței unor bolnavi de a-și schimba medicul; pe scurt - lucrarea poate sugera o serie de reguli care să amelioreze comportarea medicului.

Un aspect important privește *atitudinea medicului față de propria boală*. Se pare că generală este *tendința de a se neglija*, care depinde atât de faptul că este prea hărțuit pentru a-și permite luxul unei pauze, cât și de avantajul de a dispune de cunoștințe savante pentru susținerea unei veritabile "politici a struțului". Inversarea rolurilor (medicul devine pacient?) nu se face fără mici șocuri emotive. Medicului îi este greu să accepte situația (mai mult sau mai puțin umilitoare) de dependență, de pasivitate, de "depersonalizare" - redus la rangul de "obiect de examinare și de tratament" pentru alții. Poate că se simte ridicol față de proprii pacienți, întrupând o "dovadă" a limitelor medicinei. Din multe cauze și motive sufletești, medicul nu este decât rareori un *bun judecător al propriei boli* și aceasta se manifestă printr-o oscilație de la pesimism la optimism, printr-un "joc de umbre și de lumini". Medicul este totodată mai puțin cooperativ decât bolnavul obișnuit atât în timpul anamnezei și al examenului ce ținește diagnosticul, cât și în timpul tratamentului. Își permite sugestii, pretinde să aibă el ultimul cuvânt, este excesiv de exigent și - în general - greu de îngrijit. Deseori hipersensibil la durerea fizică, boala îl face frecvent egoist (F. Pastorelli): în ochii săi, propria suferință rămâne exagerat de importantă și de mare. Este mai curând sceptic cu privire la posibilitățile medicinei - și R. Allendy remarcă: "niciodată slăbiciunea medicinei nu este mai viu resimțită ca atunci când ești în același timp bolnav și medic. Atunci, în fața realității și a chinului, îți apare toată sărăcia ascunsă, toată insuficiența unei arte pe care lumea o vrea ajunsă la certitudine...". Este interesant de menționat că acest scepticism față de medicina oficială (pe care în stare de sănătate o folosește și o servește) alternează uneori cu credulitatea (mulți medici bolnavi recurg la serviciile medicinei "heterodoxe" și ale *Kurpfuscher*-ilor). Această situație ambiguă se explică, firește, prin aceea că medicul este înainte de toate un *om*: fragil și slab. Desigur, el reacționează în fața bolii mai curând după temperamentul său și datorită tendințelor sale profunde decât în conformitate cu cultura sa de specialitate. Un personaj al lui Paul Valéry spunea: "medicul suferă mai mult decât oricare altul. Există raporturi strânse între *a ști* și *a suferi*. Și, apoi, ne cunoaștem prea bine limitele...". În realitate,

cultura îi dă mai multă luciditate, iar luciditatea este strâns corelată cu anxietatea.

Într-un mic număr de cazuri, medicii și-au luat în studiu științific propria boală "spontană" (mai ales de natură neuropsihică). În lucrare n-au fost trecute autoexperimentările (foarte numeroase). Foarte interesantă este autoobservația lui Forel care, după o tromboză cardiacă, și-a analizat atent eforturile sale eroice de compensare.

Alte aspecte demne de interes au fost menționate de noi în subcapitolele referitoare la cancer și la atitudinea în fața morții (sau perspectivei morții).

După cum subliniam în alt capitol, anxietatea face parte din țesătura vieții cotidiene - nu numai a bolnavului, ci și a medicului. Solicitat intens și complex, "preluând" grijile bolnavului care i se încredințează, medicul practician trăiește, în multe specialități, tensiuni și anxietăți multiple. Repercusiunile nervoase și mai ales cele coronariene nu întârzie să se facă simțite. Cei care au încercat să coreleze *stress*-ul profesional cu afecțiunile cardiace au constatat că omnipracicienii sunt de trei ori mai atinși decât confrății lor, iar anesteziștii au de două ori mai frecvent afecțiuni coronariene decât dermatologii și anatomopatologii. În 1952, Morris, Heady și Barley constatarea că și ei *generalişti* sunt de 2-3 ori mai afectați (după grupele de vârstă) decât specialiștii.

De la psihologia diagnosticului la diagnosticul psihologic

Actul de diagnostic medical este de o atât de mare importanță în activitatea practică a medicului, încât este regretabil faptul că psihologiei, logicii și metodologiei sale nu i se acordă o atenție mai mare. Tratatelor de semiologie și nosologie ne pun la îndemână *materialele* necesare pentru a stabili un diagnostic de presumție, un diagnostic pozitiv și un diagnostic diferențial. Dar *mecanismele de gândire* implicate în actul de diagnostic nu sunt aceleași la toți medicii, ele deosebindu-se atât tipologic, cât și după "școala medicală" la care se face instrucția - și, de asemenea, după etapa de dezvoltare a medicinii, după specialități, după mijloacele pe care le avem la dispoziție etc. De câteva decenii există și "mașini cibernetice de diagnostic", care aplică anumite "teorii logico-matematice ale diagnosticului", teorii care au fost elaborate avându-se în vedere posibilitățile de lucru ale calculatorului mai curând decât modalitățile de gândire efectiv folosite de către medici.

Simțul clinic

În tradiția școlii medicale franceze, se acordă mare însemnătate așezării *simț clinic*. S-a spus (Dumitrescu-Popovici) că el "nu este numai un har... cu care unii sunt dotați, ci este o intuiție de ordin cu totul superior, care se câștigă și se dezvoltă". Simțul clinic este cel

care ne "conduce prin labirintul" de simptome și semne, care ne îndeamnă să luăm "cât trebuie" din noțiunile clasice (sau livrești) pentru a putea trata bolnavul și nu boala, care ne face să nu ne pierdem în fața particularităților cazurilor și a preferenței tablourilor clinice. *Simțul clinic* găsește măsura justă între entuziasm și scepticism, pentru a ne feri de erori și de deziluzii.

În expunerea sa asupra aceluiași subiect, Pius Brînzeu amintește câteva întâmplări ilustrative. În aceste împrejurări, "simțul clinic" a avut drept componente esențiale: un fin spirit de observație practic (care "prinde în fugă" elemente pe lângă care un altul poate trece indiferent), un raționament corect și o bună documentare (teoretică) de specialitate. Simțul clinic se *reflectă* cel mai bine în operația de diagnostic, dar el se referă și la aprecierea evoluției sau la formularea prognosticului.

Există aptitudini *înnăscute* care favorizează dezvoltarea simțului clinic: în unele variante intervine hotărâtor *intuiția*. După I. Iacobovici, simțul clinic, "un nou simț", este expresia unui spirit totodată analitic și sintetic, fundamentat nu numai pe o cultură medicală de specialitate, ci și pe o cultură generală teimică și pe "pregătirea sufletului pentru tot ce este mai bun și mai frumos".

Marii clinicieni din trecut cereau medicului să-și dezvolte simțul de observație și sensibilitatea întrucât ca un pictor căruia nu-i scapă nici un detaliu (Sydenham). Antrenamentul regulat este necesar ca și pentru un violonist - scria N. Fiessinger. Dar observația medicală - cum remarcă I. Hațieganu - nu este numai muncă perceptivă, ci și muncă interpretativă. Am putea spune că observația medicală este o observație sensibilizată prin cunoștințe și care, totodată, ridică la fiecare pas probleme. Din acest punct de vedere, ea seamănă cu munca de investigație a unui detectiv.

Metodologia diagnosticului

Evoluția medicinei se oglindește, în mare măsură, în preciziunea și rafinamentul diagnosticului. Totodată, talentul și pricepera perso-

nală a medicului se oglesc *mai ales* în arta diagnosticului. "În unele specialități medicale, culmea artei chiar poate fi reprezentată de un diagnostic de finețe" (P. Brînzeu, 1967). De la diagnosticul simptomatic - de fapt o etichetare descriptivă - la cel de sindrom și, apoi, la diagnosticul nosologic și la cel etiologic, medicina a marcat progrese în depistarea anomaliilor, în interpretarea valorii lor informative, în siguranța concluziilor. Acum aproape 100 ani, P. S. Botkin spunea că ar fi foarte bucuros dacă 30% din diagnosticale puse de el ar fi juste. Cu 60 ani mai târziu, Lenormant își atribuia 20% diagnostice eronate. Rafinarea diagnosticului a dus la întemeierea capitolelor privind diagnosticul topografic, de evoluție și complicații, de forme clinice, de asociații morbide, de "teren reactiv" și constituțional etc.

Diagnosticul pozitiv poate fi considerat ca o aplicare a metodelor inductive; el constă din *gruparea* logică a simptomelor într-o *ipoteză*, ceea ce limpezește atât cauza lor, cât și valoarea lor relativă. Simptomele - scria J. Mackenzie - sunt ca "materialele utilizate pentru construcția unui edificiu". Diagnosticul pozitiv se confirmă prin diagnosticul diferențial, care urmărește tot recunoașterea bolii, dar se bazează pe cunoștințele de patologie (nosologie) privind *diferitele* boli (asemănătoare ca aparență) și uzează de metoda deductivă - procedând prin eliminare. Diagnosticul diferențial este mijlocul de a trece de la mai multe *ipoteze* la ipoteza cea mai plauzibilă sau cea mai probabilă. Botkin scria că diagnosticul este o ipoteză *mai mult sau mai puțin probabilă*, care se cere verificată neconținut, iar A. Berger spunea că este ipoteza *cea mai probabilă*. Gândirea medicului care-și urmărește bolnavul este de tipul gândirii experimentale. Certitudinea este posibilă în cazurile în care există simptome caracteristice sau patognomonice, în cele în care este posibil un diagnostic etiologic de laborator etc. Semnele caracteristice permit raționamente de *tip categoric*. În general, raționamentele inductive și deductive se împletesc în cursul operației logice de diagnosticare. Alterori, se folosește analogia simplă - de fapt folosirea memoriei, care a înregistrat în trecut tablouri asemănătoare. Analogia este larg folosită de profani și este un mijloc nesigur. V. Vasilenko (1959) numește "analogie" și

compararea simptomatologiei cazului dat cu o entitate cunoscută din nosologie pentru stabilirea identității lor: ar fi metoda *de bază* de a recunoaște în tabloul clinic dat semnele clasice ale unei boli cunoscute. După I. Peatnițchi această metodă ne oferă cel mult *denumirea* bolii, nu însă *cunoașterea* bolnavului; ea nu exclude prezența altor procese patologice și nu oferă suficiente garanții împotriva confuziei cu alte boli similare ca simptomatologie.

Diagnosticul poate fi pus imediat, atunci când raționamentele sunt clare și simple, când medicul are cunoștințe vaste și experiență etc.; identificarea diagnosticului *prompt* cu diagnosticul *intuitiv* nu este însă corectă. Diagnosticul tardiv poate fi - în rare cazuri - un diagnostic *ex juvantibus* (luând în considerare efectul bun al unei terapii - de exemplu al chininei în malarie *atipică*) sau *ex nocentibus* (precizarea se obține prin efectul dăunător al unei metode de investigații sau al medicației folosite); poate fi un diagnostic *intraoperator* sau (*horribile dictu!*) un diagnostic de prosectură.

Valoarea informativă a interrogatorului pentru stabilirea diagnosticului este imensă. I. Hațieganu estima la 50-60%, procentul diagnosticelor corecte ce se pot pune pe baza unei anamneze bine conduse. Dar știința și arta interrogatorului se câștigă relativ târziu și cu mari eforturi, iar fructificarea sa cere experiență și cunoștințe vaste. E. Rist arată că tehnica necesită *cunoașterea oamenilor*; fructificarea sa - scria Fiessinger - presupune "știința de a pătrunde în psihismul bolnavului". Tendințele logice ale unor bolnavi, tendințele la laconism ale altora, exagerările, "ascunderea după deget", disimularea și simularea, falsificarea interesată și mitomania, dorința de a poza și de a părea interesant, nivelul cultural inegal al medicului și al pacientului, accentul nejustificat pus de bolnav pe unele dintre simptome - sunt tot atâtea obstacole în calea reușitei unui interrogatoriu. Medicul trebuie să știe și să asculte, dar să și întrebe. Deși se admite în general că, de obicei, semnele fizice au o valoare diagnostică mai mare decât semnele generale, funcționale și subiective - această idee, dogmatizată, este foarte primejdioasă. La drept vorbind, *subiectiv* este numai coloritul plângerilor bolnavului, nu însă și realitatea morbidă care le determină (I. Peatnițchi); relativitatea simptomului *subiectiv* este

determinată doar de faptul că în cazul de față un fenomen *existent obiectiv* este interpretat de bolnavul însuși (V. P. Petlenko, 1960).

În practică, avem de-a face de cele mai multe ori cu semne care nu sunt patognomonice și ele ne obligă să folosim raționamente disjunctive sau condiționate (*sau-sau; dacă-atunci*) - enunțurile nefiind absolut veridice.

Regulile diagnosticului clinic sunt indicații metodologice menite să evite "curse" de natură psihologică. *Neglijența* se exprimă de obicei printr-un examen superficial sau incomplet; mulți medici greșesc - nu pentru că nu știu atât cât ar trebui să știe, ci pentru că nu văd totul (Corrigan). *Unilateralitatea* explorării se exprimă de obicei prin folosirea unor tehnici sau procedee în dauna altora - primejdie semnalată încă de Laënnec, asupra căreia a insistat E. Sergeant. Este semnificativ faptul că Laënnec, care a introdus auscultatia, a pus în gardă împotriva utilizării *exclusive* a acesteia în diagnosticarea bolilor de plămâni. Uneori, medicul renunță la unele metode de explorare pentru considerații care *nu* sunt de ordin medical (sex, vârstă, condiție socială). Toți bolnavii trebuie priviți cu aceiași ochi - spunea Laënnec. Cancerul rectal al unuia dintre regii dinastiei Hohenzollern n-a fost diagnosticat la timp, deoarece medicii n-au îndrăznit să-i facă un tușeu. *Ideea preconcepută* caracterizează pe medicul "mic" (de vreme ce "rigoarea unui examen clinic fără idee preconcepută este aceea care caracterizează pe medicul mare", scrie F. Poilleux). După R. Cruchet, este criticabil medicul "cu capul plin de tipuri clinice cunoscute, care caută să facă să intre în aceste tablouri toate cazurile de bolnavi pe care îi are de tratat" Relativ rari sunt și medicii care știu să se țină departe de ideile la modă: astfel ideea "la modă" a infecției de focar a determinat extirparea în masă a amigdalelor și a apendicelor, extragerea inutilă a milioane de dinți. O teorie patogenică *en vogue* generează înclinatii către anumite diagnostice, creează adevărate iluzii celor care explorează bolnavii. Astfel, teoria autoînsămânțării tuberculoase prin fistulizare ganglionară endobronșică (Schwartz) a dus, temporar, la creșterea masivă a diagnosticilor de fistulizarea endobronșică în cursul examenelor bronhoscopice; "valul" a durat câțiva ani și s-a observat că variația frecvenței acestui

diagnostic a fost mai mare la medicii entuziaști și neînsemnată la sceptici (O. Bercea). Trebuie să facem însă o deosebire între diagnostice la modă, boli la modă și boli frecvente într-o anumită epocă (tuberculoza, la mijlocul secolului trecut!). Există diagnostice pe care aproape că le "solicită" bolnavii: cel de *colită* la începutul secolului nostru, cel de *nevroză* sau de boală *endocrină* astăzi. *Spiritul de sistem* face pe medicii care și-au pierdut libertatea de spirit (sau n-au avut-o niciodată) să interpreteze monoton o mare varietate de boli. La începutul secolului al XIX-lea, Broussais vedea peste tot gastroenterită și endarterită, pe care le trata prin dietă și prin sângerări (se zice că el însuși și adepții săi au vărsat mai mult sânge decât Napoleon prin războaiele sale). La mijlocul secolului al XX-lea, unii psihanaliști nu vedeau peste tot decât nevroze de origine sexuală, iar pavloviștii dogmatici numai boli corticoviscerale.

Mai departe, gândirea diagnostică suferă *interferențe afective* (P. Mauriac). De aici, regula de a nu face diagnostice în familie și de a nu încerca diagnostice pe propria persoană.

Gândirea diagnostică trebuie să fie suplă, mobilă, dinamică, receptivă la orice element nou care intervine pe parcurs: boala însăși evoluează, se poate complica, se poate asocia cu alta. Trebuie să ne "dea de gândit" mai ales elementele care survin ca o notă discordantă (Brînzeu).

Frecvente sunt cazurile în care nu se poate ajunge la un diagnostic *mulțumitor pentru medic*: o îndoială "asimilabilă cu prudența" (Brînzeu) - dar care nu trebuie să degenereze în lipsa de încredere în propriile forțe, în lipsa de încredere în medicină sau în nihilism terapeutic. O *anumită* îndoială poate fi considerată (în buna tradiție carteziană!) ca o "fericită dispoziție de spirit pentru a merge cu certitudine pe drumul adevărului" (Roskam, 1930). Medicul nu trebuie să fie sceptic, ci rezervat, eventual ezitant pentru că "nu ignorează întinderea ignoranței sale" (E. Sergent), pentru că, în fine, este modest.

Dar diagnosticul nu este o problemă pur intelectuală. El este un act încărcat de răspundere, iar contactul viu, direct, cu bolnavul îi crește valențele afective. Diagnosticul îndoielnic, în cazurile grave,

reprezintă o situație dramatică. Uneori, diagnosticul este pretins cu urgență, pentru că numai o intervenție urgentă poate fi salvatoare. Pentru medic este o obligație, aceea de a nu fi indolent. Saegesser recomandă că în fața bolnavului medicul să-și pună întrebarea: ce aş face dacă ar fi vorba de mama mea, de copilul meu? Poate că această recomandare este mai impresionantă decât aceea dată la 1575 de Ambroise Paré: "fiți față de alții cum ați vrea ca alții să fie față de voi". I. Iacobovici conchidea, la sfârșitul strălucitei sale cariere chirurgicale, că - în caz de îndoială - se impune să operezi "căci este mai bine să regreți la masa de operație, decât la cea de autopsie".

O răspundere deosebită se ivește și în cazurile în care se pot folosi mijloace de investigație ce comportă oarecare riscuri pentru bolnav. Aceste riscuri pot fi estimate pe baza statisticii accidentelor și incidentelor, după cum poate fi estimat și riscul pe care-l poate aduce renunțarea la o explorare lămuritoare (cu alte cuvinte se poate aprecia utilitatea ori serviciile aduse bolnavului). Cel mai bun diagnostic (spune M. Bürger) este acela care, apropiindu-se cel mai mult de adevăr, este stabilit cu mijloacele cele mai simple și mai puțin obositoare pentru bolnav. Bürger numea "diagnostic cu harponul" pe cel bazat pe puncție sau pe excizia bioptică a bucății de organ; desigur el exagera. Diagnosticul explorativ ia, în unele cazuri, caracterul unei *viviseccții* (metode "invazive").

Apelul la mijloacele de laborator este, firește, îndreptățit de cele mai multe ori, dar el poate deveni numai masca unei "poziții de trândav" (Pasteur Valléry-Radot) sau - adăugăm noi - a fricii de a-și lua răspunderea unui diagnostic pe baza explorării clinice. Există - din ce în ce mai răspândită! - și o credință oarbă în laborator, credință care a fost asemănată cu superstițiile, cu apelul la "ghicitul în cafea" (A. Bourguignon) sau chiar cu credințele magice. O asemenea credință oglindește atât fetișismul tehnicii, cât și fetișizarea "datelor obiective" (eventual a datelor cantitative).

În această ordine de idei remarcăm că, în cadrul instrucției și al educației medicale, nu se acordă atenția cuvenită expunerii surselor de eroare în determinările de laborator sau a limitelor de precizie la care ne putem aștepta (aproximații legate de variabilitatea inter- și

intraindividuală, de erorile inerente tehnicii folosite, de "educația personală" a operatorului); nu se vorbește aproape deloc despre falsele diagnostice pozitive și despre falsele diagnostice negative etc. Numeroase sunt micile drame generate de constatarea unei variații de câteva sute de mii de hematii sau de 1-2 mii de leucocite în hemogramă. Unii medici înregistrează fidel cea de a doua zecimală în dozări biochimice care au o eroare inerentă de 5-10% ("iluzia zecimalor"). Laboratorul nu poate înlocui studiul direct al bolnavului, ci îl poate doar completa, clarifica, rectifica (Chauffard). "Examenale speciale, cu toată importanța lor în unele cazuri hotărâtoare, rămân în principiu un auxiliar al metodei clinice. Explorările speciale constituie o necesitate pentru clinică. Superioritatea examenului clinic constă în faptul că el operează cu percepții și reprezentări polisenzoriale foarte complexe, cu mare capacitate de cuprindere a tabloului integral al organismului bolnav și al reacțiilor sale... Examenale speciale, mai ales cele de laborator, dimpotrivă, nu ne dau, de obicei, o imagine integrală a tabloului morbid, ci vizează diferite verigi sau aspecte separate ale acestuia. În schimb, au avantajul că dezvăluie mecanismele intime, esența fenomenelor morbide și pot atinge o înaltă specificitate" (I. Peatnițchi). Simptomele clinice au un grad de specificitate redus, sesizarea lor depinde de experiența și starea psihologică a observatorului și (ceea ce este important!) nu se pretează la aprecieri cantitative exacte.

Cele mai frumoase diagnostice sunt cele în care decursul logic este evident și explicit. În afară de *tipul rațional* al diagnosticianului, există însă și *intuitivul*. De multe ori intuitivii nu sunt în stare să-și justifice diagnosticul corect și subtil. Probabil că este vorba de procese asociative extraordinar de rapide (L. L. Seputo, 1963), decurgând mai ales în subconștient. Putem deosebi, de asemenea, *tipul diagnosticianului abstract*, teoretician și *tipul de gândire concretă*, de multe ori empirist. Printre tipurile de gândire întâlnite printre medici este și *probabilistul*. Caracterul *probabilist* al "calculului mintal" pe care-l face diagnosticianul a fost recunoscut de către clinicienii francezi încă de la mijlocul secolului al XIX-lea. Adăugăm pe *obiectivist* (la care aprecierea datelor aduse de laborator îmbracă

aspectul de prejudecată) și pe *logicist* (care judecă în termeni de "sau-sau"). Subliniem că, printre medicii practicieni, există *tipuri* care excelează în diagnostic și altele care excelează în terapeutică sau în prognostic. Marele chirurg operator nu coincide întotdeauna cu excelentul diagnostician.

Pentru metodolog, diagnosticul medical este un admirabil exemplu de gândire dialectică complexă (Peatnițchi).

*

Dezvoltarea ciberneticii a dus, după cum se știe, la constituirea unei veritabile "automatici intelectuale", mașinile moderne de calcul fiind chemate să rezolve probleme logico-matematice. Printre aceste probleme se numără și cea a stabilirii unui diagnostic medical. Transferarea către mașină a sarcinii de a stabili diagnosticul presupune programarea mașinii în acest sens. Programarea presupune, la rândul ei, posibilitatea de a exprima, prin simboluri matematice, decursul operațiilor logice și de calcul în precizarea diagnosticului (algoritm), deci existența unei teorii *logico-matematice* a diagnosticului medical.

Teoriile logico-matematice ale diagnosticului medical nu își propun să reconstituie procesul mental al medicilor aflați în căutarea diagnosticului, ci să ajungă la același rezultat ca și medicul, prin mijlocirea unui număr finit de operații. Prin analogie, putem spune că avionul nu imită zborul păsărilor, dar ajunge la un rezultat asemănător (sau chiar superior). Baza comună a acestor teorii o constituie relația *statistică* dintre simptome și leziune, respectiv dintre simptome și boală. Puține simptome sunt *patognomonice*, adică întâlnite în exclusivitate într-o anumită boală; marea lor majoritate se întâlnesc cu frecvențe diferite în diferite boli, ceea ce înseamnă că prezența lor *sugerează* diagnostice diferite cu probabilități diferite. Asocierile de simptome (complexele morbide) întâlnesc unele prezunții: la un număr suficient de simptome, probabilitatea unui diagnostic se învecinează cu certitudinea. Totodată, asocierea unor simptome care contraargumentează un diagnostic (ele se numesc *antisimptome*) când, practic, putem exclude eventualitatea acestei boli.

Superioritatea mașinii, în unele cazuri mai simple, poate fi explicată și prin aceea că ea nu este influențată de oboseală sau de factori emoționali, iar memorie ei este mai cuprinzătoare și mai exactă. În schimb, omul are posibilități mai mari decât mașina în diferențierea nuanțelor stării bolnavului după examenul exterior, după anamneză și după istoric; chiar în cazul unui număr redus de date, el construiește ipoteze după care se călăuzește.

Confruntarea rezultatelor obținute de medic și de mașină poate avea drept scop *corectarea* reciprocă a erorilor (Warner, 1964). În acest fel se poate obține o *ameliorare* a indicilor de performanță la medici, în urma "interacțiunii" medicilor cu calculatoarele.

Folosirea calculatoarelor în scop de diagnostic se întrevăde în primul rând pentru cazurile complexe și pentru cazurile rare, atipice; de asemenea, pentru "triajul prealabil" pe baza fișelor anamnestice sau pe baza câtorva explorări simple, preliminare. Dar se imaginează folosirea lor în *depozitarea* și *prelucrarea* informației clinice cotidiene, cu scopul "reconstruirii" sistematice a întregii nosologii.

Erorile de diagnostic

Errare humanum est. În medicină erorile sunt frecvente - dar frecvența lor scade odată cu progresul științei și cu perfecționarea metodelor de investigație. Totul este: 1) să greșim cât mai puțin - spunea Hipocrate și - după peste două milenii - Dupuytren (care se mândrea că a greșit mai puțin decât alții); 2) să învățăm din greșelile care s-au produs ("greșelile nu sunt decât greșeli când ai curajul să le publici, dar ele devin crime când orgoliul te determină să le ascunzi" scria, acum două secole, chirurgul J. L. Petit).

Greșelile (erorile) pot fi împărțite după diferite criterii. De obicei, se înțelege prin greșală de diagnostic un diagnostic neadevărat (o neconcordanță *totală*); neconcordanțele parțiale corespund "aproximațiilor" și sunt, mai ales, erori prin omitere (omisiune) (de boală asociată, stadiu, complicații, etiologie etc.): *diagnostice incomplete*.

Stabilirea erorii de diagnostic poate fi făcută prin examene ulterioare complementare (*infirmary* de diagnostic), prin aprecierea rezultatelor tratamentului aplicat pe baza diagnosticului, prin intervenție chirurgicală, prin autopsie etc. Henri de Mondeville scria că chirurgia este superioară medicinei între altele pentru că erorile sunt nepermise - fiind mai prompt sesizate și sancționate. De observat că ineficacitatea tratamentului nu este *strâns* corelată cu eroarea în diagnostic! De asemenea, subliniem că între *gravitatea* erorii, privită din punctul de vedere al științei și al logicii, și *gravitatea* consecințelor sale pentru bolnav, nu există o corelație foarte strânsă.

Geneza psihologică a erorii este primul aspect care ne interesează. Cauzele psihologice pot să rezide în bolnav (vezi subcapitolul anterior), dar și în medic, sau mai ales în medic: ignoranța; dar - "la o greșală datorată necunoașterii revin zece greșeli datorată neglijenței" (ceea ce este, probabil, o exagerare). Un examen poate fi incomplet pentru că nu i se consacră timpul necesar, medicul este grăbit, examinează în fugă, nu gândește suficient. Dar el poate fi incomplet din cauza oboselii.

Ce se numește greșală din *subiectivism*? Unii susțin (noi suntem de altă părere) că medicul dă dovadă de subiectivism atunci când acordă o importanță excesivă plângerilor bolnavului - mai ales acelor care reflectă senzații și percepții, și nu tulburări funcționale. Subiectivismul poate însemna însă subaprecierea datelor de anamneză și de istoric, încrederea exagerată în propriile simțuri sau minimalizarea aportului adus la încheierea unui diagnostic de un grup sau altul de mijloace de investigații. Ideile preconcepute, analogiile superficiale generează, de asemenea, erori prin subiectivism. Pare paradoxal - dar și supraaprecierea datelor furnizate de laborator este o variantă de subiectivism, deși această variantă ar fi cel mai bine etichetată cu termenul de obiectivism. *Les extrêmes se touchent*.

Gândirea nedialectică generează din plin erori de diagnostic. Gândirea "dialectică" înseamnă a vedea în spatele simptomelor interdependența lor, a aprecia subtil și diferențiat legătura dintre cauză și efect, a ține seama de faptul că valoarea aceleiași simptom poate să

difere în funcție de momentul evolutiv al bolii, a lua în considerare reacția întregului organism etc. "Cine judecă fragmentar, acela neagă medicina", scria A. P. Cehov.

*

O altă problemă importantă privește *atitudinea medicului față de eroare*: față de propriile erori, față de erorile confrăților.

Medicul vanitos se consideră cvasiinfailibil. În această privință, un exemplu pozitiv, încă neegalat poate, îl reprezintă marele chirurg rus Pigorov, care a lucrat la mijlocul secolului trecut și care considera că orice profesor "trebuie să resimțită în el însuși un fel de necesitate organică, care să-l oblige să-și dezvăluie cât mai repede posibil greșelile astfel ca -, la rândul lor -, cei care sunt mai puțin instruiți să poate să evite de a le comite". S-ar putea spune că, în felul acesta, experiența "istorică" individuală ajunge să contribuie la profilaxia greșelilor la îndemâna tuturor, să ajute ca "istoria să nu se repete".

Un principiu vechi de morală practică pretinde să ierți pe alții, dar niciodată să nu te ierți pe tine însuși.

Autocritica nefățarnică și critica constructivă sunt condițiile *sine qua non* ale instruirii. Ședințele anatomoclinice sunt de aceea de un imens folos formativ și educativ.

Așa cum a insistat I. Goia, studiul erorilor medicale este o inegalabilă școală a medicinei concrete. I. Goia distinge printre alte cauze de erori: "cursele pe care natura le întinde medicului neavertizat" (numeroase cazuri de boli atipice); greșelile care apar în urma specializării analitice (specialiștii "nu văd pădurea din cauza copacilor"); cele din cauza supraaglomerării; cele din cauza superficialității pregătirii; cele datorate lăbilității celor doi factori umani, bolnavul și medicul; cele din cauza lipsei simțului răspunderii și cele din cauza "inexistenței pasiunii nobile pentru profesiunea aleasă".

Primejdia "mecanizării" și limitele "automatizării"

Să revenim la problema *diagnosticului nosografic*. Dacă sarcinile medicinei terapeutice s-ar reduce la scheme liniare de tipul: "simptome - interpretare - prescripție", *automatizarea* actului de diagnostic pare cât se poate de oportună și se poate preconiza înlocuirea treptată a medicului de către mașini. Știința medicală este și devine atât de vastă, încât nici un medic nu poate să învețe totul și să-și amintească, fără greș și atunci când trebuie, tot ce a știut. Numai mașinile cibernetice sunt apte să înregistreze, să prelucereze și să păstreze uriașe documentare bibliografică și informația clinică ce se adaugă la suma cunoștințelor medicale într-un ritm tot mai viu. Hamburger (1968) a arătat că un procent tot mai mare de erori de diagnostic (și mai ales de tratament) ține de lipsa unei informări exhaustive. Pentru adepții concepției "tehnocratice" în medicină, în felul acesta s-ar atinge un *ideal* de obiectivitate, de raționalitate și de precizie. În afară de o elită de cercetători, însărcinată să facă să progreseze știința și să țină la zi catalogul progreselor, medicii nu ar mai avea (în cazul "cibernetizării" tehnice a medicinei) decât o funcție de *instrumentare*; invenția și intuiția personală nu și-ar mai găsi locul. O caricatură a acestui ideal o reprezintă fenomenul (din nefericire destul de întălnit) al "mecanizării diagnosticului", - adică al unei rutine "mecanice" în rezolvarea problemelor *intelectuale* ale practicii medicale, care renunță din ce în ce mai mult la gândirea interpretativă și creatoare, pentru a folosi în principal memorizarea câtorva scheme-șablon de diagnostic și de tratament (D. Postelnicu). Același autor (1968) vorbea despre "diagnostic nosografic" și "diagnostic biologic" (înțelegând prin "diagnostic biologic", lămurirea etiologică, ecologică, patogenică și în raport cu individualitatea organică). Dar diagnosticul trebuie să fie "antropologic" - explicând: a) de ce boala "este așa cum este"; b) de ce a apărut tocmai la acest bolnav și tocmai acum. Boala este *expresie*, are sens și semnificație pentru viață și pentru organism ("pentru ce?" și nu numai "din ce cauză?").

Despre un diagnostic în etape al persoanei

Schlemmer vorbește despre *registre* sau *niveluri* care se cer parcurse succesiv pentru a ajunge de la diagnosticul nosografic la diagnosticul care ține seama de problematica de viață a persoanei.

Bineînțeles că, mai întâi, se cer luate în seamă simptomele resimțite de bolnav și culese de medic - ele constituind baza pentru diagnosticul primar (de exemplu, ulcer gastric). Un al doilea nivel ar fi acela în care bolnavul este considerat ca fiind *animală*, a cărui organism caută să-și restabilească homeostazia, manifestand de exemplu o reacție "de alarmă" (de ex. bolnavul se alimentează la ore neregulate). Al treilea nivel este mai profund: pacientul este văzut ca o ființă *umană* care iubește, înțelege și întreabă. El poate fi un anxios și un nevrotic. La un alt nivel, sensul suferinței se inseră în perspectiva socială: starea nevrotică se datorează, de pildă, relațiilor de serviciu. Sensul acestei perturbări este deci al unei probleme de viață concretă. Cu aceste patru niveluri nu s-au epuizat straturile persoanei, nici în înălțime (probleme axiologice, de responsabilitate, "existențiale" în sens strict) și nici în adâncime (probleme de psihologie abisală).

Așadar, la fiecare bolnav este necesară o tehnică a investigării cu o abordare a bolnavului în planuri; în această perspectivă, relația cu bolnavul capătă o deosebită valoare *semantică* și *terapeutică* (*semantică*, pentru că ea îl introduce pe medic în registre de semnificații și de realitate care altfel îi erau închise).

O întrebare care se pune frecvent este următoarea: cum trebuie să evalueze medicul simptomele "nevrotice" pe care le întâlnește în practica cotidiană? Trebuie ele considerate semnificative sau neglijabile? Sunt ele expresia unor conflicte trecute, depășite cu succes și compensate sau, din contră, sugerează că procesul psihopatologic este încă activ sau reactivat? Răspunsul este greu de dat în multe cazuri. Adesea pacientul, datorită unui fel de exhibiționism, aflând că medicul este avizat asupra problemelor psihologice, își etalează excesiv tulburările și simptomele. De la *înregistrare* la *evaluare* - iată pasul important care cere obiectivitate și experiență.

În timp ce în medicina "organică" diagnosticul înseamnă în primul rând o înțelegere intelectuală a *bolii*, în investigarea psihologică înțelegerea bolnavului cuprinde și o înțelegere afectivă. În timp ce în medicina organelor se stabilește o *relație profesională*, în medicina "persoanei" se stabilește o *relație personală* (Balint).

Simptomatologie psihică și remedii psihotrope în homeopatie

Homeopatia (întemeiată de Hahnemann și dezvoltată de peste un secol) se călăuzește după principiul *similia similibus curantur*, prescriind remedii care, la omul sănătos, produc un tablou simptomatic asemănător celui prezentat de bolnav. Acest tablou simptomatic experimental alcătuiește *patogenezia* remediului. Remediu este dat de diluții preparate într-un anume fel ("dinamizate"). Ceea ce impresionează în orice *materia medica* homeopatică sau în orice *repertoriu* homeopatic (instrument de lucru aproape indispensabil - cum ar fi repertoriul lui Kant) este abundența de acuze subiective cărora homeopatul le acordă importanță în *specificul lor*, cu atât mai mult cu cât acuzele sunt mai neobișnuite.

Gama informațiilor subiective care pot orienta către remedii *similimum* este foarte variată, iar sistematizarea noastră este orientativă, sau - mai curând - ilustrativă.

Menționăm, mai întâi, modificarea sensibilității pentru excitațiile care ne vin pe calea organelor de simț al exterocepției: fotofobia (*Conium*), hiperacuzia (*Conium*, *Coffea cruda*, *Borax*), intoleranța la căldură (*Iodium*) sau frilozitatea (*Sabadilla*), intoleranța la strânsarea vestimentelor (*Lachesis*), incapacitatea de a suporta durerea (*Aconitum*, *Colocynthis*, *Chamomilla*, *Ignatia*). Capitolul paresteziilor (*Aconitum* etc.) se conectează cu capitolul foarte vast al cenestopatiilor, din care dăm câteva exemple. Unii bolnavi se plâng de impresii bizare, cum ar fi aceea de a avea o pânză de păianjen pe față (*Bromium*, *Caladium*, *Baryta carbonica*) sau pe mâna dreaptă (*Borax*), aceea de a avea o muscă ce se plimbă pe față (*Caladium*), de a se simți prea greu

(*Glonoinum*); creștetul capului se deschide și se închide alternativ (*Cannabis indica*); la deșteptare, se simt bății în anus sau vulvă (*Cenchrus*) sau în lombe (*Sabina*); "cunoștiința propriului uter" se găsește în patogenezia a cel puțin trei remedii (printre care *Medorrhinum* și *Murex*); senzația după care inima se oprește este specifică pentru *Digitalis* - cea după care inima "se mișcă" - pentru *Gelsemium*. Mai cităm: senzația unei bule care urcă din esofag spre gât (*Asa foetida*), de greutate intolerabilă a organelor abdominale (*Lac caninum*, *Sepia*) care "tind" să iasă prin vagin (*Lilium tigrinum*) etc. Pentru *Elaps* se notează gustul de sânge în gură; pentru *Mezereum* - impresia că dinții sunt prea lungi, iar pentru *Crotalus* - impresia că ochii cad din orbite, iar membrul inferior drept este prea scurt. Există cel puțin 5 patologizări cu senzația de dedublare (*Stramonium*, *Petroleum*). În aceste situații sunt tulburări ale integrării senzoriale ce duc la "imaginea" propriului corp.

O altă categorie de simptome se referă la halucinații, insistându-se asupra specificității lor: șoareci sau șobolani (*Aethusa cynapium*), șerpi sau păienjeni (*Lac caninum*), halucinații olfactive greoașe (*Paris*) etc.

Un capitol divers este cel care privește diferite funcții intelectuale: memoria, atenția, ideea, puterea de concentrare (*Phosphoric acidum*, *Phosphorus*, *Agaricus muscarius*, *Baryta carbonica*) - până la ceea ce numim imbecilitate (*Bufo rana*), abrutizare sau prostrație. Ele fac parte frecvent, din stări mai complexe: epuizare mentală, apatie, depresiune.

Un capitol vast se referă la sfera afectivă. Într-un repertoriu "succint" (Kalmar, 1955) sunt trecute 22 forme de agitație, 40 forme de anxietate. Sunt bine cunoscute de către homeopați cele determinate (sau corespunzătoare la) *Aconitum napellus*, *Argentum nitricum*, *Arsenicum album*. În același repertoriu sunt notate 16 forme de emotivitate, 5 remedii pentru stări de excitație, 17 forme de eretism sexual și 12 remedii pentru eretismul ideativ. Stări mai complexe sunt cele de dezgust de viață, cu sau fără tendință de sinucidere; de impresionabilitate, de intoleranță, de iritabilitate și de impulsivitate. Cităm că, după homeopat, impulsivitatea către sinucidere este diferențiată după cum ea se leagă de obiectele răioase (*Alumina*), de cele ascuțite

(*Spigelia*), de armele de foc (*Antimonium crudum*), de înec (*Drosera*, *Pulsatilla*), de aruncarea în gol (*Argentum nitricum*). Sunt notate cu atenție impulsivitățile de a mușca (*Belladonna*, *Hydrophobinum*), de a sfâșia (*Platina*), de a sparge (*Hepar sulfur*), de a lovi (*Tarentula*), de a ucide (*Platina*), de a fi grosolan (*Anacardium*) etc.

Ar fi greșit să se creadă că homeopatia se adresează doar stărilor intercurrente. Este bogat și repertoriul caracteriologic, Kalmar ocupându-se succesiv de caracterul arogant, brutal, capricios, coleric (cu 8 variante), contradictoriu, direct, grosolan, certăreț-instabil (*Pulsatilla*), gelos, maniac, răutăcios, neîncrezător, metodic, morocănos, neglijent, orgolios, leneș, pretențios, taciturn, timid, veleitar.

În multe patologizări, simptomatologia are evidente valențe axiologice: scrupulozitate (*Chelidonium*), autocupabilitate (*Aurum*), impresia de a fi comis un act de neiertat (*Cerus*, *Ferrum*), neglijență autocondamnă (*Pulsatilla*), tendința la desfrâu (*Fluoric acidum*), religiozitatea morbidă (*Lachesis*, *Platina* etc.).

Unele simptome au de-a face cu atitudinile față de boală, moarte, tratament. Teama de a deveni nebulă (*Alumina*, *Argentum nitricum*), teama de a se sufoca (*Grindelia robusta*), teama de a muri de boala de care suferi (*Aconitum*, *Spongia*), teama de moarte apropiată (*Agnus cactus*, *Petroleum*, *Phytolacca*, *Platina*) sau de moarte iminentă (*Aconitum*, *Camphora*, *Argentum nitricum*), cancerofobia, teama de contaminare (*Borax*), teama de o cardiopatie (*Lachesis*), teama de ictus apoplectic (*Phosphorus*), teama de a fi intolerant la medicamente (*Allium sativum*), teama de a avea o boală gravă (*Cactus*, *Drosera*, *Lac caninum*), teama de a fi incurabil (prezentă în multe anxietăți, depresiuni, pituitism - și în *Phosphoric acidum*) etc. nu sunt simple "variante" de ipohondrie (pentru aceasta, repertoriul indică 18 remedii, printre care *Petroleum*, *Sabadilla*, *Graphites*). Există și frica de a fi internat (*Lachesis*). Se diferențiază remediile adecvate, inclusiv după felul în care acționează consolarea: ea agravează (*Arsenicum album*, *Helleborus*, *Sepia*, *Stannum*, *Platina*) sau ameliorează (*Aurum*, *Asa foetida*, *Pulsatilla*). Este natural să apară și variate forme de autodevalorizare la cei suferinzi.

Menționăm, în sfârșit, cel puțin 67 de situații de insomnie în patologizări diferite și numeroase tipuri de vise (inclusiv după conținut).

Psihologia relațiilor dintre medic și pacient

Introducere

Problemele acestor relații nu au fost totdeauna clar formulate și, mai ales, nu au fost totdeauna bine rezolvate.

Între medic și pacient, în afara aspectelor tehnico-profesionale, se stabilesc o serie de relații care pun față în față două psihologii diferite într-o situație de "colocvii singular" (Portes, Duhamel).

Bolnavul și medicul nu ignorează nici unul nici altul că fără o ambianță de încredere terapeutică este imposibilă. Cu toate acestea, de multe ori bolnavul este considerat un capitol de patologie, un prilej de experimentare, un caz științific, relația *medic-pacient* fiind transformată în relația *experimentator-obiect*. Aceasta a fost posibil datorită creșterii importanței laboratorului, rezultatelor noilor terapeutici, instrucției savante a medicului, făcând pe mulți să nu ia în considerare decât *boala* (nu bolnavul) și să nu vadă în toate fenomenele patologice decât efectele unor atingeri de organ. E. Minkowski remarcă: "atunci când ne îmbrăcăm halatul pentru a intra în serviciu, îmbrăcăm odată cu el și atitudinea pe care o simbolizează, formația de medic și, poate, și *deformația* pe care o comportă". E. May critica faptul că mulți medici văd în patul de clinică *ființa vie*, dar nu *omul cu suflet*. Primejdia "dezumanizării medicinei" l-a preocupat și pe cunoscutul filosof francez G. Marcel. Dar încă Sydenham cerea ca "medicul să trateze bolnavul așa cum el însuși ar dori să fie tratat". G. Thibon spunea explicit: "ceea ce cer de la medic este să fiu tratat *ca om* de

către un *om...*". Încrederea în *știința* medicală este mijlocită de încrederea într-un *om*, care este medicul.

Putem să ne întrebăm: în ce măsură progresele psihologiei și ale antropologiei (înțeală drept concepție adecvată despre om) fundamentează o relație care se vrea, printre altele, fundamentată afectiv? Informația psihologică, pregătirea de specialitate în domeniul fenomenelor și afecțiunilor psihice nu este însă suficientă. Așa cum remarcă R. Kourilski: "abordat de către un psihiatru, bolnavul se va simți obiectul unei clasificări. Abordat de către psihanalist, el se simte în prezența unui soi de experimentator, a unui înregistrator impasibil; acesta trebuie să extragă din personalitatea sa o serie de fapte, care-i par foarte îndepărtate de suferințele de care se plânge. Iar abordarea zisă psihosomatică este o juxtapunere și o comparație a fenomenelor care se desfășoară simultan în cele două registre".

Atunci când medicii au o atitudine apropiată față de bolnav (vorbe "bune", compasiune, explicații răbdătoare etc.), situația se schimbă. Este atitudinea vechilor clinicieni și care contribuie în mare măsură nu numai la înțelegerea dintre medic-bolnav, dar și la succesul terapiei. Ed. Pamfil a făcut observația că medicația veche nu dispunea de multe tratamente fizice, chimice etc. eficiente, dar era totuși eficientă grație psihoterapiei și relațiilor interpersonale medic-pacient.

Un bolnav este *în totalitate bolnav*; întreaga sa *persoană* participă la această dramă. Medicul trebuie *informa* că psihologia și-a câștigat locul meritat în ansamblul științelor despre viață, că a fost demonstrată și corelația strânsă a fenomenelor psihice cu cele considerate organice. El trebuie, în același timp, să fie *format* pentru a putea aborda bolnavul cu o anumită tactică psihologică. Medicul trebuie să fie util nu numai prin cunoștințele sale de specialitate, ci și prin sfaturile pe care le dă în vederea unei reconstrucții sufletești și morale.

Persoana "intră" în boală cu un anumit tip de sistem nervos și de temperament, cu anumite dominante instinctuale și axiologice, cu un anumit caracter și fel de inteligență, cu o anumită ereditate, cu complexe și cu păreri preconcepționate, cu un anumit orizont cultural. Bolnavul ia anumite *atitudini* față de boală, dar în același timp și

anumite *atitudini* față de medici: încredere, stimă, simpatie, dar - posibil - și îndoială, teamă, dispreț, ură.

*

Relațiile medic-pacient fac parte din *psihologia comportamentului interpersonal*. În acest cadru se deosebesc cel puțin șapte categorii:

1. interacțiune socială (cooperantă sau competitivă) produsă de tendințe care nu sunt propriu-zis de natură socială (cum ar fi nevoia de hrană sau de bani);

2. dependență - cuprinzând acceptanță, interacțiune, ajutor, protecție, călăuzire;

3. afiliație - cuprinzând proximitate fizică, contact prin priviri, răspunsuri calde și prietenoase;

4. dominanță - adică acceptarea de către alții a poziției de lider, sau învățător, sau critic, sau sfătuitor, sau judecător etc.;

5. sexualitate - cuprinzând proximitate fizică, contact corporal, interacțiune intimă, de obicei cu persoane de sex opus, atractive;

6. agresiune - lezarea altora pe plan fizic, verbal etc.;

7. autostimă și ego-identitate: acceptarea autoimaginii de către alții, sau acceptarea imaginii pe care o au alții despre sine.

Diferite tipuri de psihopatii, nevroze și psihoze le afectează în mod specific, terapeutică (chimică, fizică sau psihică) ameliorează acest comportament.

Analiza relațiilor medic-pacient se poate face fructuos și din alte puncte de vedere: lingvistic, comunicațional în genere etc.

Despre dialogul medic-pacient

„În sanctuarele Greciei antice, Esculap nu vorbea, ci asculta”, amintește Albeaux-Fernet. *A ști să ascuți* este prima condiție a unui dialog. Dar ce poate să spună bolnavul? În general, el nu are cunoș-

tințele medicale care să-i permită o descriere a acuzelor sale în termeni proprii și preciși. El poate să tacă din timiditate sau pentru că nu găsește cuvintele potrivite. El poate folosi cuvinte „goale” de conținut și cuvinte vagi. Este bine cunoscută (și naturală) ezitarea de a vorbi tocmai despre detaliile cele mai importante, dacă ele sunt de ordin intim sau dacă ele aruncă o lumină nefavorabilă asupra persoanei sale.

Cum trebuie să procedeze medicul pentru a obține detaliile ce conțin multă informație necesară diagnosticului, fără a-l sugestiona pe bolnav să răspundă în sensul unui diagnostic preconcept - iată ceea ce nu se învață decât printr-o îndelungată experiență. Aici putem aminti doar că motivele cele mai supărătoare pentru bolnav (de ex. cefaleea) pot fi de minimă importanță pentru diagnostic; ceea ce nu înseamnă că, din punct de vedere terapeutic, ele ar trebui neglijate, ci dimpotrivă. Se cere depășirea punctului de vedere al „expertului” cu încercarea de a privi lucrurile din punctul de vedere al bolnavului (*depășirea iatrocenismului*). Valoarea simptomului subiectiv poate fi uneori mai mare decât valoarea rezultatelor examenelor obiective de laborator. Am amintit că, în homeopatie, se acordă cea mai mare atenție simptomelor subiective neobișnuite, bizare, ciudate - pentru alegerea remediului potrivit.

Un alt element de care trebuie să se țină seama este *înțelesul* cuvintelor, care diferă uneori foarte mult după gradul de cultură și după calitatea culturii pacienților (element semantic).

Oricum, medicul și pacientul nu privesc boala de pe aceeași platformă. Un diagnostic de tuberculoză înseamnă pentru medic o problemă de prognostic și de măsuri eficace. Pacientul se întreabă dacă diagnosticul este o „sentință la moarte”, dacă boala este o „pedeapsă” sau un „blestem”. A fi tuberculos este - pentru mulți - o realitate inavuabilă, o situație ce trebuie camuflată - chiar față de propria conștiință (de aici tendința de a neglija tratamentul). (Cuvântul popular „ofticos” are, după cum se știe, un înțeles peiorativ). S-a constatat că frecvența tuberculozei este mai mare printre cei care refuză să se supună explorărilor radiologice. Medicul este preocupat de primejdia socială pe care o reprezintă bolnavul și de autoritatea sa

profesională. El, este de multe ori un "desrădăcinat" și, de obicei, un om cu bunăstare, care consideră că "obiectivul nr. 1" nu poate fi decât sănătatea, nu va înțelege întotdeauna de ce un pacient opune rezistență la recomandăția de a-și schimba locul de muncă sau de a se muta într-o altă localitate cu o climă mai potrivită. Fără a cunoaște elementele de cultură autohtonă, de prejudecată și de superstiție din regiune, medicul va pricepe cu greu de ce femeile evită să nască în maternități sau de ce unii bolnavi refuză să admită un tratament psihiatric.

Problemele privind comunicarea dintre medic și pacient nu se rezumă la problemele de limbaj.

Medicul trebuie să înțeleagă nu numai boala, ci și bolnavul. Această înțelegere înseamnă cunoaștere și *comprehensiune*, nu numai cunoștințe, înseamnă cunoașterea unui individ (cunoaștere-*idigrafică*). În înțelegerea unui individ, sunt de evitat, mai întâi, două greșeli capitale: a) suprasimplificarea; b) proiecția (îi atribuim caracteristici care sunt ale noastre). Am văzut în alt capitol marea importanță practică a *tipologiei*; dar cunoașterea individului prin mijlocirea "clasei logice generale" căreia-i aparține, deși este necesară, nu este suficientă. Cum reușim să ajungem *chiar* la individ? Aici intervin procedee "intuitive", "instinctive" sau "imaginative", care *nu* fac parte din arsenalul *științific* al medicului, dar care sunt ajutate de cultura literară.

Empatia (Titchener) corespunde celui *Einfühlung* al esteticienului german Th. Lipps.

Transpunerea aceasta imaginativă (R. Dymond, 1949; F. Massarik, 1959) este o *tentativă* de a "înțelege" activitățile altora care nu sunt imediat inteligibile; dar o adevărată înțelegere o realizează abia *identificarea* (S. Freud). Ceva mai puțin decât empatia se realizează prin *simpatie* (sau atitudine simpatetică) care este o *participare* (Bergson). Schematizând, am putea spune (W. Mustă, 1964) că o parte a ego-ului trebuie să fie angajată în procesul empatic

* În limba engleză există *knowledge* și *comprehension*: W. James vorbea despre *knowledge about* și *acquaintance with*: Alport folosește, în textul englez, și cuvântul german *Verstehen*.

("introduc" persoana în mine și mă identific cu ea) în timp ce altă parte menține distanța și "supraveghează". Medicul care se *identifică* cu pacientul (așa cum se identifică copilul cu părintele său) este "pierdut"; de asemenea, cel care are "dragoste" pentru bolnav. Pentru a evita complicarea relației cu elemente "erotice" (favorizate de explorările manuale etc.) se cer luate măsuri de precauție speciale.

Firește, o astfel de "comunicare" nu este exclusiv una pe planul cunoașterii raționale - și ea nu este numai pe planul cunoașterii. În orice act medical găsim mai mult decât "lucruri reci" (*kalte Tatsachen*) (Furstenberg); găsim "un al treilea factor" (component) care este puntea de *înțelegere între om și om* (Loomis). S-a vorbit despre "antanta cordială" care se stabilește, în cazuri ideale, între medic și bolnav (Milcoveanu); la simpatia pentru pacient, acesta răspunde cu încredere. S-ar face un "dublu transfer psihologic": medicul înglobează în sine suferința bolnavului și îi transferă *voința de a se vindeca*. În situația de transfer, bolnavul "ascultă" de medic ca și de părinte, de *teamă să nu-i piardă afecțiunea*. În orice caz, comunicarea complexă și profundă care se efectuează de exemplu în cursul unui tratament psihanalitic poate fi privită ca o premisă exemplară a studiului metodic al semenului (și care numai în confesiunea religioasă își găsește un corespondent, în ce privește franchetea și dorința de a se descoperi). Dacă judecăm situația "ideală" - și ca o concretizare a tendinței filantropice de întruajorare -, relația medic-pacient este o paradigmă semnificativă a relației între "eu" și "tu" (relația *antropologică*, despre care au vorbit pe larg Buber și Minkowski)*.

Nu toți bolnavii vin la medic pentru a fi *vindecați*. Unii vin să găsească o detensionare, alții - pentru a-și satisface variate dorințe inconștiente, alții - pentru a găsi o *acoperire* medicală a unei situații penibile. Couvelaire (1965) a vorbit despre *refugiu* oferit de bolile căilor genito-urinare; bărbatul impotent își acuză prostata, în timp ce femeia frigidă sau cu dispareunie își acuză vezica. Am putea spune că la diferite motivații care stau la baza activității medicale corespund diferite motivații pentru a fi pacient.

* În dragoste însă relația "eu-tu" tinde la contopire și/sau la formarea unui "noi" (*Wirkbildung*).

În relația "medic-pacient" există și un schimb de stimulări și inhibiții - între cele două părți "contractante": despre caracterul contractual (tranzacțional) al actului medical a scris K. Menninger. Este una dintre faptele care justifică aforismul lui Nietzsche: trebuie să fi născut pentru medicul tău; altfel "te paște primejdia". Acest aforism se poate inversa; medicul datorează mult încrederii bolnavilor, în ce privește succesul și echilibrul său interior. Acest fapt a fost admirabil sesizat de T. Tanco care, atunci când își "alege" chirurgul care să-l opereze, se gândește ca prin acesta să-i crească prestigiul între confracți.

Medicul trebuie să se ferească să impună bolnavului idealul său *personal* de sănătate, să-l facă "după chipul și asemănarea sa". Niciodată nu trebuie să uităm că bolnavul care a căpătat *încredere* în medic nu-i va ierta niciodată o *dezamăgire*.

Este interesant să subliniem că, pentru majoritatea bolnavilor, *dialogul* propriu-zis cu medicul are o mare valoare de susținere; dar nu medicul pare a fi elementul esențial, ci *convorbirea*. Ameliorări ale stării mentale s-au putut obține chiar și prin dialoguri cu mașini cibernetice!

Psihologia "situațională" a bolnavului

A ști ceea ce trebuie pentru a îngriji un bolnav nu înseamnă numai a cunoaște *numele bolii sale*, ci și a înțelege "patrimoniul" sau "*sensul situației bolnavului*".

a) Situația "primitivă" este aceea care ne revelează pe bolnav căutând miracolul, minunea: este *situația "magică"*. Este denumită astfel pentru că pacientul atribuie medicului puteri supraomenești, chiar divine. Bolnavii care așteaptă "minunea" sunt foarte numeroși și în societatea noastră, chiar printre oameni instruiți. Știm că, la mulți bolnavi, boala însăși determină o regresie de mentalitate. Fr. Rainer sublinia că aproape fiecare bolnav *ar vrea* ca medicul său să fie înzestrat cu puteri supranaturale. Dintre aceștia se recrutează cei care se adresează cu predilecție "tămăduitorilor" este o problemă pe care o

vom relua într-un paragraf special. Elementul magic este chemat, de obicei, să explice "de ce" (de ce eu și nu altul, de ce aici și acum) în timp ce știința explică "cum" s-a produs boala. În felul acesta, în mintea unor bolnavi explicația bacteriologică și cea magică a tuberculozei, de exemplu, pot fi compatibile. Cauza "cooperantă" este, la popoarele primitive, "gândul rău" (atribuit unor persoane antipatice, "însenate" sau "infirm"); la oamenii civilizați - soarta, destinul (atribuire care poate calma prin deproblematizare). Dacă bolnavii noștri nu mai caută printre oamenii din anturaj un *șap ispășitor*, totuși ei văd în medicul de prestigiu un *mag*.

Alții, din contră, suferind influența mediului cultural (reflex al "modei sociale"), atribuie cea mai mare importanță medicamentelor "noi", suverane, considerate panaceuri. Natural, este vorba de ultima specialitate de pe plan mondial.

De multe ori, medicul nu poate să refuze aceste medicamente care servesc (cel puțin) ca "vehicul" psihoterapeutic, mai ales atunci când o psihoterapie propriu-zisă pare dificilă. El trebuie să descopere și să tolereze rolul de refugiu împotriva angoasei pe care-l joacă anumite medicamente și să încerce, la fiecare consultație, să deceleze partea de coeficient psihic care intervine în simptomatologie.

b) *Situația de dependență*. Prin însăși boala lor, bolnavii sunt într-o situație de *inferioritate*, care este cu atât mai marcată cu cât eul lor este mai slab, fără o capacitate de compensație (sau de supra-compensație) a tulburărilor care îl asaltează. Așa cum s-a remarcat uneori, adultul devine prin boală un copil, dar în special structura nevrotică care nu își poate finaliza maturizarea personalității sale manifestă un atașament afectiv particular față de medic. Freud, care a pus această relație în centrul explicării mecanismelor psihoterapeutice, a propus, pentru a o desemna, termenul de *transfer(t)*. Pentru psihanaliză, *transferul* este o repetiție (în viața actuală a bolnavului și, în particular, în relațiile sale cu medicul) a atitudinii emoționale ("iraționale") dezvoltată în copilărie față de familie și în special față de părinți. El reprezintă o proiectare asupra medicului a atitudinilor de afecțiune și de ostilitate (ambivalență) pe care bolnavul le-ar fi avut

mai înainte în relațiile cu un părinte (sau cu o persoană din jurul său care ținea loc de părinte).

Sub numele de *contratransfert*, psihanaliza descrie, pe de altă parte anumite atitudini negative ale medicului față de bolnav (mânie, nerăbdare, agresivitate). Ele ar fi rezultatul influenței bolnavului asupra sentimentelor inconștiente ale medicului și și-ar avea origine în proiectările și identificările iraționale ale acestuia din urmă. Cu alte cuvinte, medicul "vede" în bolnav pe altcineva, o persoană care a jucat un rol în biografia sa afectivă. Acest *contratransfert* are o influență devaforabilă asupra acțiunii terapeutice a medicului; psihanaliza recomandă ca orice medic care trebuie să trateze subiecți nevrozați, să-și facă el însuși o psihoterapie (psihooanaliză didactică) în așa fel încât propriile probleme psihologice ale inconștientului său să nu se interfereze cu acelea ale bolnavului.

La un moment al dezvoltării sale, *transferul* poate să ia forma *dragostei*. Această "dragoste", conștientă sau nu, apare mai ușor și este mai ușor exteriorizată dacă medicul și bolnavul sunt de sex diferit.

Mai menționăm că anumiți subiecți, în particular erotomanii (= cei care au iluzia delirantă că sunt iubiți), pot deveni periculoși nu numai prin inoportunitatea lor, ci și prin comportarea lor agresivă cauzată de ciudă, de gelozie etc.

c) *Complexul paternalist*. S-a semnalat posibilitatea de apariție, la medic, a unui complex de acest tip. Dacă, prin regresivitate, conduita bolnavului se organizează pe poziții infantile, conduita medicului se constituie corespunzător pe modul paternal (Valabrega). Medicul manifestă o atitudine paternală pentru diverse motive. *Autoaprecierea* pe care o face despre rolul său dominant, nevoia sufletească de a acționa asupra altora, ambiția de a avea o situație deosebită personală în profesie, dorința de a-și câștiga un prestigiu, manifestările de rivalitate agresivă pentru a-și capta clienți, pentru a *reuși*, sunt tot atâtea circumstanțe psihologice care favorizează rolul de "tată". Medicii care au fost frustrați de afecțiune sau au fost victime ale autoritarismului în copilărie, care au avut sentimente de inferioritate socială, care și-au refuzat dorințele de cucerire, pot ajunge (datorită

unei nevoi de compensare) să caute satisfacții de "valorizare" pe lângă pacienții lor. Medicul care vrea să facă totul singur, să se ocupe numai el de toate suferințele bolnavului său, corespunde acestui complex de autoritarism paternalist. Acțiunea lui poate fi de multe ori antisocială și antimedică, când lipsește pe bolnav de competența altora de care ar avea nevoie.

Medicul și pretențiile pacientului

De actul de diagnostic pe care îl face medicul se leagă atât *teamă* bolnavului (teamă de prezența bolii sau/și de gravitatea ei), cât și *speranța* că medicul i-o poate trata eficient.

Medicul trebuie de la început să-l *asigure* pe bolnav, să-i creeze o *atmosferă de destindere și încredere*, imediat ce simte "nota emoțională" a anamnezei.

Anumiți bolnavi, - printr-un fel de *antrenament* - datorită deselor frecventări a cabinetelor medicale au pierdut emotivitatea primelor contacte, având aerul că vor să domine ei contactul cu medicul și manifestă o oarecare agresivitate împotriva oricărei tentative de pătrundere indiscretă în intimitatea lor.

Din ce în ce mai frecvent întâlnim bolnavi ce au ajuns la concluzia unui diagnostic pe baza brumei de cunoștințe medicale pe care astăzi o are orice om cu oarecare cultură. Încă în secolul trecut, Guyon spunea că "bolnavii au pretenția de a fi mai buni judecători ai simptomelor pe care le prezintă decât medicii".

Medicul va accepta aceste interpretări cu mult simț critic și nu le va respinge dintr-o dată, brutal, cu ironie sau cu o enervare ce ar traduce în primul rând *susceptibilitatea* sa față de pătrunderi ilicite în domeniul său de competență. El trebuie să știe să găsească momentul propice pentru a arăta bolnavului, *căruia i-a captat încrederea*, care este diagnosticul corect și care este terapia oportună.

După Balint, unul din efectele cele mai importante (dacă nu efectul esențial) al "remediului medic" constă în răspunsul univoc, hotărât, la întrebările puse (sau la soluțiile oferite) de bolnavi.

În general, medicul *nu trebuie să se lase condus* de bolnavul care tinde să-i impună nu numai diagnosticul, ci și tratamentul, deși este obligat să țină seama de idiosincraziile acestuia, de experiența sa de "bolnav", de ameliorările obținute cu anumite terapeutici. Amintim că metoda abreactiei prin *catharsis* i-a fost sugerată lui Breuer de către o pacientă. Există însă și tulburări instigate de bolnavi, cum sunt cele menționate de R. Couvelaire relativ la uretritele banale: "omul neli-niștit se pretează la mii de manopere instrumentale, mai curând nocive decât utile, și unele scurgeri nu-și datorează perenitatea decât agenților chimici și traumatismelor".

În alte cazuri, medicul poate fi bine intenționat, tolerant și înțeleghător - iar bolnavul, cooperant, participă efectiv la terapia indicată; dar, cu toate eforturile reciproce, ameliorările nu apar, pentru că bolnavul s-a "instalat în boala sa organizată". Intervine aici o "homeostazie a stării patologice" și, uneori, mecanisme inconștiente care întrețin boala (pentru "avantajele" sale, ca expresie de satisfacție autopunitivă, de "masochism" etc.).

*

Insistăm încă odată asupra *pretențiilor pacienților de a primi medicamente*. După Hodson, această "prejudecată" este, în zilele noastre, una dintre însemnatele cauze ale *polifarmaciei*.

Informații despre progresele farmacologiei, pacienții pretind medicamente nu numai pentru boală și durere, ci și pentru orice senzații neplăcute fizice și mentale. Această ipohondrie i-a împins pe medici în atitudinea *de a face ceva (do-something attitude...)* Refuzul bolnavului de a primi un tratament este interpretat ca semnul unei boli incurabile sau ca dovada incapacității profesionale a medicului. O cauză importantă a polifarmaciei este însă și *reclama* medicamentelor, legată de dezvoltarea industriei farmaceutice. Probabil că antibioticele sunt prescrise corect (în S.U.A.) abia în 1/10 cazuri (H. Besty și R. Petersdorf, 1966). Menționăm că la mai mult de 1/6 din pacienți există reacții "adverse" la droguri, neplăcute și neașteptate; uneori, acestea pot fi mortale.

Informarea pacientului de către medic

Ne punem întrebarea *când, cum și cât* din adevăr și detalii asupra bolii trebuie comunicate celui suferind.

Forma sub care urmează să-i prezentăm realitatea este în funcție de personalitatea bolnavului, de natura bolii sale și de personalitatea medicului.

a) Când un bolnav vine să ne consulte pentru o suferință certă, iar medicul nu găsește nimic lezional-*organic*, este o greșeală să se spună pacientului că "nu are nimic". Este o greșeală să se propună un tratament fără a i se spune diagnosticul, ceea ce duce la nemulțumiri justificate din partea pacientului. Pacientul are și el o "nevoie de a ști", mai ales azi când nivelul de informare generală și de cultură medicală este relativ ridicat.

b) În special atunci când este vorba de afecțiuni cronice, de boli antrenând incapacitatea de muncă prelungită, de readaptare funcțională și profesională, medicul trebuie să aibă multă răbdare și tact pentru a face ca bolnavul *să-și accepte boala*. Este necesar să se acorde timp suficient pacientului pentru a-l ajuta să înțeleagă "ce are" și "ce are de făcut".

c) "Nevoia de a ști" a celor mai mulți bolnavi ține de anxietate, dar un coeficient important revine și curiozității în legătură cu cele ce se petrec în "mașina omenească".

d) În bolile grave (și nu numai în cele 100% letale) se pune problema *protecției bolnavului* contra *diagnosticului* (Mathé, Amiel și Schwarzenberg).

Familiei trebuie să i se comunice diagnosticul, dar cu anumite rezerve. Unor membri ai familiei, foarte sensibili, pentru care pierderea bolnavului ar fi extrem de dureroasă și care sunt pentru pacient sprijinul de fiecare minut, adevărul nu trebuie să fie măturisat pe de-a întregul. Pe de altă parte este obligatoriu de a lăsa, în orice situație, o urmă de speranță, legată de exemplu de posibilitate apariției unei noi terapii. În ceea ce privește *bolnavul*, este nu numai neștiințific, ci și imoral de a rezolva această problemă *a priori* pe baza unor concepții religioase sau filosofice (Mathé). Scopul medicului este de a

ajuta pacienții să supraviețuiască cât mai mult posibil în cel mai bun confort fizic și moral. O excepție o fac bolnavii pentru care scopul vieții nu este viața însăși, ci o anumită realizare. P. Larousse, în timp ce-și elabora lexiconul care l-a făcut celebru, scria că "dacă va trebui să moară la datorie va muri, numai dicționarul să fie terminat" (era tipul *Werkgebunden*). Chiar dacă sunt caractere puternice, oameni curajoși ori au o concepție filozofică sau morală în cadrul căreia moartea este privită ca o eliberare, pentru bolnavii incurabili care-și cunosc prognosticul, viața devine *penibilă*; chiar cei echilibrați devin anxioși, interesându-se obsedant de boala lor; apar frecvent stări de depresiune sau chiar tentative de sinucidere.

Alegerea soluției depinde de aspectul psihologic al bolnavului, de comportarea sa etc. Sunt pacienți care *nu vor să știe* și la care putem rămâne cu relatarea unor date aproximative. Celor care vor să știe cu orice preț nu le vom tăia orice speranță; li se poate spune (ceea ce este adevărat!) că diagnosticul nu este absolut sigur, că există posibilitatea unor evoluții foarte lungi, că nu sunt excluse remisiuni spontane, că progresele cercetării medicale în domeniul terapeutic sunt foarte rapide.

S-a scris (Riese) că "între adevărul a cărui voce nu o înțelegem întotdeauna și minciuna a cărei oră nu ar trebui niciodată să sune, mai există tăcerea, puțin cultivată de oameni". Folosirea "diagnosticurilor atenuante", cum spune Debray, este totdeauna de recomandat medicilor și chirurgilor.

Consimțământul

Un alt aspect al relației inedic-pacient este *consimțământul* bolnavului (sau mai bine zis adeziunea sau asentimentul lui) la actul medical. Acest consimțământ decurge dintr-un principiu fundamental, care este *libertatea* bolnavului. Nici un medic nu o poate pune în discuție, în afară de anumite cazuri particulare (bolnavi inconștienți, mentali etc.). Libertatea bolnavului este un principiu de bază al

deontologiei medicale (Debray). G. Thibon scria: "schimbul uman (între medic și pacient) implică respectul libertății mele".

Problema consimțământului bolnavului are în multe cazuri rezonanțe etice și juridice. Aspectele nu trebuie confundate. Adeziunea personală a bolnavului nu trebuie ignorată nici atunci când este realizată de către indivizi care nu sunt "persoane" din punct de vedere juridic (minori, orfani) sau a căror responsabilitate este atenuată sau momentan abolită de suferință și pe care trebuie să-i vindecăm (Debray). Nu trebuie nici să abuzăm de slăbiciunea momentană a voinței bolnavului, din cauza bolii, pentru a-i smulge consimțământul pentru acte terapeutice discutabile sau riscante. Interesul bolnavului primează totdeauna în ochii medicului *ideal*. De aceea, în cazuri de urgență absolută (răniri, accidentați, sinucigași, sarcini distocice etc.), atitudinea (conduita) medicului va fi condusă de criteriul de utilitate.

Formarea și educarea bolnavului

În orice colocviiu medic-pacient se încearcă, mai mult sau mai puțin explicit, o convertire a pacienților în vederea adoptării unor valori și credințe ale medicului. Este ceea ce Baliut denumeste "funcția apostolică" a medicului. Orice investigație a unui bolnav implică și un examen distinctiv, ceea ce duce la exprimarea propriilor idei și dorințe în legătură cu ceea ce ar trebui făcut într-o anumită situație. Este adevărat că unul dintre mijloacele esențiale de a ameliora competența psihoterapeutică a medicului este de a-l face conștient de similitudinea problemelor omenești care-l afectează pe medic și pe pacient. *Nil humanum a me alienum puto* scria, în antichitate, medicul și scriitorul Terențiu - frază îndrăgită și de K. Marx. Dar, totodată, este nevoie să-i semnalăm și tendința de constrângere pe care o exercită, voluntar sau nu, asupra pacientului, "înclinația sa apostolică", pentru a-l face să evite practicarea automată a acesteia. Cu alte cuvinte, "convertirea" la propriile valori nu poate fi tentată într-o modalitate dogmatică și "moralizatoare"; trebuie să se țină seama de faptul că omul este (cum spunea Montaigne) *ondoyant et divers*.

Un alt aspect al funcției “apostolice” este de ordin caritabil: de pildă, vizitarea la domiciliu a bolnavilor cronici, pentru care, nu rareori, medicina curativă nu poate face mult. Ajutorul psihologic consolator pe care-l poate aduce medicul simpatizant și afectuos poate fi însă foarte mare. Aici se pune problema convertirii bolnavului la o anumită *filosofie a vieții*, pentru a-i da încredere și speranță sau pentru a-l face să-și accepte suferința fără a-și dezorganiza viața, fără să și-o simtă ca pe o povară și fără a se simți el însuși o povară. Astfel, medicul previne, în esență, o “psihizare” a bolii organice sau evită ca o asemenea psihizare să treacă din stadiul “neorganizat” în stadiul “organizat”.

Implicații etice are și funcția de “duhovnic” a medicului. Balint justifică întrebuințarea acestui termen teologic pentru a reda cât mai concret situațiile întâlnite la pacienții scrupuloși, care socotesc că a fi bolnav este aproape un păcat, o stare dând privilegii “nemeritate”, provocând oboseala și sacrificiul altora. Și bolnavii care sunt gata să profite de cea mai mică ocazie pentru a cere asistență și îngrijire, căutând să obțină un maximum de avantaje datorită acestei stări, pot avea sentimente de culpabilitate și remușcări. Iată deci cazuri în care medicul poate fi adus în situația de a rezolva probleme similare celor care se pun unui preot.

Admițând metafora lui Balint, după care medicul este el însuși un medicament, se pune întrebarea: care este forma sub care medicul ar trebui “să se prescrie el însuși”?

Sunt posibile mai multe atitudini: 1) de *tutore autoritar*, care nu dă nici o explicație, așteptând de la bolnav o ascultare fidelă; 2) de *mentor* care își oferă cunoștințele de expert, gata să-l învețe pe pacient să se adapteze la condițiile modificate ale stării sale de sănătate; 3) de *savant-detașat*, care descrie obiectiv avantajele și inconvenientele diferitelor posibilități terapeutice, lăsând pacientului libertatea de alegere, dar și impunându-i responsabilitatea acestei alegeri; 4) de *bun părinte protector*, care caută să evite copilului său - pacientul - orice noutate dureroasă sau orice responsabilitate chinuitoare sau 5) de *avocat al “adevărului înainte de toate”*, care socotește că nimic nu este mai rău decât înșelăciunea și care poate spune chiar și ceea ce nu este

necesar bolnavului. Ideal ar fi ca medicul să-și adapteze atitudinea în funcție de caz și de bolnav, dar deseori el se comportă conform temperamentului și caracterului propriu.

Necesitatea *formării* pacientului în vederea unei comportări adecvate este indiscutabilă. Un bolnav “format” va putea compensa deficiențele momentane ale medicului. Medicul este și el om, nu poate fi disponibil oricând, are oboselele și îndoilele lui, problemele sale de viață; există și limite de răbdare față de exigențele neraționale ale bolnavului. Asupra relației “asimetrice” dintre medic și bolnav, în ce privește toleranța față de slăbiciuni și greșeli, au scris Veresaiev (*Însemnările unui medic*) și, la noi, I. Vintilă (*Încleștarea cu moartea*). Pacientul nu apreciază întotdeauna efortul și ajutorul medicului, nu-i acordă întotdeauna încrederea și respectul cuvenit etc. În acest dialog cu oscilație este nevoie de tact, de finețe, de înțelegere și de compasiune din partea medicului, dar în același timp este necesară și educarea bolnavului în ceea ce privește atitudinea sa față de boală și atitudinea față de medic. Gratuitatea asistenței medicale ocazională deseori abuzuri din partea bolnavilor (chemări la domiciliu pentru ușoare indispoziții, solicitarea ajutorului de urgență pentru probleme banale, inoportunarea medicilor cu bagatele etc.).

*

Fiecare bolnav își face un tablou propriu al bolii sale, *tablou autoplasic* (Goldscheider) sau *tablou intern* (Luria), ca rezultat al unui proces psihofiziologic de “autoscopie” și de interpretare. Bolnavul (chiar cel cu un minim de cultură medicală) își construiește și un diagnostic; nu rareori acest fals diagnostic induce în eroare pe medic, deoarece el centrează expunerea simptomelor și anamneza.

Medicul văzut de pacienți

W. Shulte a trecut în revistă câteva dintre ipostazele în care este văzut medicul *psihoterapeut* de către pacienții săi, adăugând și câteva dintre *idealurile* psihoterapiei moderne: reprezentantul unei tehnici

științifice, dar și a unei "forțe numenale" (*arhetipul* de vindecător, Göppert); magicianul, mântuitorul, preotul; omul de știință, luptătorul, salvatorul, liberatorul, artistul. Medicul poate fi considerat un erudit, un înțelept, un învățat, un judecător, un sfătuitor, un pedagog, un moralist, un predicator, un apostol. În medic, bolnavul poate vedea o autoritate sau reprezentantul solidarității omenești. În această ultimă calitate poate fi un tată, o mamă (Rosen), un frate, un camarad, o soră, un prieten, un ajutor, un complice, un martor, o "persoană de încredere", un partener (*Mitmensch*). Poate fi privit ca un profesionist sau ca o *persoană*. Poate fi un om priceput (un expert, un specialist) sau un simplu "mediu de transfert". Poate fi un catalizator sau un ferment al interacțiunii terapeutice dintre oameni (în *terapia de grup*); un "releu impersonal" pentru a ajuta la folosirea resurselor interne ale bolnavului (H. Simon) sau numai o oglindă care să ajute bolnavul să se cunoască (Freud și psihanaliștii). De fapt, și medicul omniprac-tician sau specialistul trebuie să fie câte puțin "din toate", de la caz la caz.

Oricum, bolnavul așteaptă ajutorul medicului într-o stare afectivă excepțională care-i subminează obiectivitatea și-i exacerbează ambivalențele. Este cunoscută o secvență de gravuri de la sfârșitul Evului Mediu: medicul era prezentat succesiv ca Hristos, ca înger, ca om simplu și ca diavol. Această succesiune de imagini corespunde respectiv tensiunilor afective ale bolnavului la începutul bolii, în perioada de convalescență, după vindecare și atunci când își cere onorariul. În realitate, nu numai aspectul *pecuniar* este la baza nerecunoștinței sau a defăimării laice, ci tocmai această ambivalență care-l face pe pacient sau pe candidatul la boală să diminueze calitățile și să exagereze defectele celui care are competența și dreptul de a interveni în viața sa organică și personal-intimă, celui de care a fost sau este dependent. Ughetti notează că, în spectacolele vulgare, profesiunea de medic este considerată ca un fel de alternativă a destinului de criminal; "nu există medic la care publicul să nu găsească vreo greșală"; medicii sunt considerați întotdeauna ca făcând parte din grupa persoanelor "suspecte". Medicul italian mai nota că ruperea bunelor relații dintre medic și pacient vine de obicei

de la pacient și că "sunt pacienți care își părăsesc medicul din recunoștință". Nu știm dacă asemenea reacții constituie *regula* sau, mai curând, *excepția*.

*

În altă ordine de idei, semnalăm doar problema de *psihologie socială* a *succesului* medical, a *re numelui*, măsurat (în condițiile în care pacientul era *client* de cabinet sau de sanatoriu particular) prin abundența clientelei și prin câștig. Psihosociologia succesului a fost analizată în studii speciale. Există aici o tactică (care nu se rezumă la aceea preconizată de medicul Max Nordau: *lauda de sine* și *reclama*). Publicul se înșeală deseori, acordând credit acelora care știu să le exploateze credulitatea. Publicul *vrea* uneori să fie înșelat: *vult decipi* – *ergo decipiatur*. Problema este și una de *deontologie*, căci succesul se poate obține și prin șarlatanism.

Despre prestigiul medicilor și al medicinei

Prestigiul de care s-a bucurat medicina în cursul vremurilor a fost variabil și oscilant. El reflectă, pe de o parte, stadiul de dezvoltare al practicii medicale și deci *eficiența* acesteia; pe de altă parte, tocmai *ambivalența* atitudinii bolnavului (și a rudelor sau prietenilor săi), față de medicul de la care se așteaptă *totul* și căruia nu i se iartă *nimic*. Voltaire spunea că de la medici se așteaptă minuni în fiecare zi. Intervine frecvent și mecanismul psihologic al "țapului ispășitor".

În măsura în care scriitorii sunt purtători de cuvânt ai omului obișnuit, modul în care ei au prezentat pe medici, de-a lungul secolelor este elocvent*.

* O antologie a satirilor antimedicale se găsește cuprinsă în N. Tofan, *Sub microscop*, Ed. Medicală, București, 1960.

Au satirizat (uneori violent) medicina – Petrarca, Montaigne, Molière, Boileau, J. J. Rousseau, B. de Saint-Pierre, Chateaubriand, J. Romains.

Poziții ambigue au avut Montesquieu, Voltaire. Poziții favorabile au luat H. de Balzac (printre cele 2 000 de persoane ale romanelor sale - proiectate sau și realizate - întâlnim 60 de medici), P. Verlaine, E. Zola, P. Bourget, Fr. Jammes, Roger Martin du Gard.

Autotratamentul

După cum o ilustrează și o veche anecdotă, meseria de medic este meseria cea mai răspândită: fiecare este *dispus* să dea un sfat altuia în suferință. Fiecare este dispus să fie, până la un punct, propriul său medic - ceea ce este în general posibil, grație dezvoltării terapiei medicamentose moderne și ușurinței cu care se procură azi drogurile.

Aspectele psihologice ale automedicației privesc mai întâi eficacitatea reală. Murray (1964) a arătat că aspirina suprimă durerea la 80% din persoanele la care placebo reușește în 57%. Altă problemă este aceea a eficacității imediate în raport cu riscurile de durată. Se cunoaște, astfel, faptul că fenacetina în uz îndelungat poate determina nefrite interstițiale. Primejdia cea mai mare o constituie însă incapacitatea laicului de a determina indicațiile apropiate ale medicamentului, simptomele întârziind tratamentul curativ de fond. Mai departe, s-a susținut că o motivare inconștientă este implicată atât în autotratament, cât și în tratamentul printr-o personalitate reprezentând o figură de vindecător.

În fața unui *stress*, - extern sau intern -, individul reacționează căutând să învingă primejdia printr-un mecanism agresiv de luptă (și *recunoaștere*) printr-un mecanism de fugă (respectiv de *negare*) sau printr-unul de supunere.

A considera că o cefalee, de exemplu, este un "nimic" care ar putea trece de la sine, echivalează cu punerea în mișcare a unui mecanism de negare - și acesta este eficace în circa 20% din cazuri. Tipul

de apărare prin autoajutorare corespunde mecanismului "combinativ". Circa 10% din populație nu este dispusă să folosească acest mecanism și face apel (în panică) la o figură de vindecător. Totodată, în mediul american, cam tot al 10-lea complex simptomatic ajunge la medic; în 70% din aceste cazuri s-au folosit în prealabil medicații casnice sau automedicații. Însă apelul la medic înseamnă în același timp acceptarea unei poziții de dependență, regresivitate, pasivitate. Atenția medicului și regimul de viață de cruțare (în pat, cu dietă "infantilă") rezolvă prin ele însele multe situații (McLaughlin).

Persoanele recurg la una sau alta dintre soluții, în funcție nu numai de temperament, ci și de vârstă. Mecanismul folosit de oamenii maturi este de preferință cel "combativ", de automedicație, pe când bătrânii preferă mecanismul de dependență, care implică asistența unui medic. Aceasta ridică probleme sociale și economice.

G. H. Weil (1965) a vorbit despre "tendența omului de a se automedicamenta" și despre dreptul natural la automedicație. Alegerea nu este întotdeauna între automedicația modernă și tratamentul profesional - ci între automedicația folclorică și băbească și automedicația cu droguri moderne.

Relațiile medic-pacient privite ca un "contact comunicant"

Întâlnirea dintre medic și pacient este o formă de contact uman și, totodată, o variantă de *comunicare* interumană; se stabilește un "sistem comunicațional medic-pacient" (I. Oprescu, 1975), care poate fi studiat prin metode lingvistice, psiholingvistice, sociolingvistice, semiotice etc. - pe scurt, prin metode de antropologie cultural-lingvistică. Contactul medic-pacient este rareori căutat ca un scop în sine, ca o nevoie de contact interuman (la diferite nivele: de la nivelul etologic - Szondi a argumentat existența unei "pulsii de contact" - până la nivelul intelectual sau spiritual). În imensa majoritate a cazurilor, el este impus de situația morbidă, ca o condiție a unui diagnostic și a prescrierii unui tratament. El nu se reduce la o comunicare verbală, completată cu una paraverbală - în sensul

lingvistic al acestor cuvinte, deși cuvintele joacă un rol important. Pe de-o parte, simptomele și semnele (și nu numai expresia facială, mimică, gestuală etc.!) alcătuiesc un "limbaj al corpului" pe care medicul trebuie să-l sesizeze și să-l decodifice; pe de altă parte, este vorba și de stabilirea unei atmosfere, de un acordaj reciproc ca între un post de emisie și unul de recepție. Funcția informativă se completează cu una terapeutică implicită (medicul însuși ca medicament, prin prestigiu, prin atitudine sau prin simpla detensionare adusă de actul de comunicare).

Se poate propune o *tipologie* a bolnavilor și a medicilor din acest punct de vedere (Oprărescu). Pe baza unor cercetări concrete în policlinici și în spitale, autorul deosebește 12 tipuri de bolnavi: bolnavul care se autocompătimește, cel pe care-l doare tot, cel limbut (sau hipervolubil), cel tăcut (morocănos), cel agitat (care țipă și revendică cu insistență întreaga atenție), cel nestăpănit, cel anxios, cel emotiv, cel jovial, cel care nu înțelege, cel vanitos, cel "ideal" (care nu există!). (Bolnavii care nu pot comunica direct cu medicul, sau comunică cu dificultate, sunt copiii, handicapații și cei care nu cunosc limba medicului). Se pot descrie cel puțin două categorii de medici:

- a) cei "fără vocație" comunicațională (medicul ursuz, cel nervos, cel distant, cel ironic);
- b) cei "cu vocație" comunicațională (medicul permanent jovial, cel flegmatic, cel îndatoritor, cel bonom).

Comunicarea ineficace se datorează punerii în relație a unor tipuri de medici și de pacienți neconcordanți, necomplementare, disjuncte. Într-o ordine de idei apropiată adăugăm, ca tipuri extreme de *interpretare*, pe medicii *timofili* (care păcătuiesc printr-o atitudine prea înțelegătoare față de bolnavi, riscând să nu vadă problema medicală din cauza interesului acordat problemelor de viață personală ale pacienților) și pe medicii *timofobi* (reci și apersonali, lipsiți de comprehensiunea umană) (Tib. Vlad și Cristian Vlad, 1978) - extremismul ambilor constituind pierderi mai ales în rezolvarea judicioasă a unor cazuri psihiatrice.

Comunicarea medic-pacient poate fi clasificată după loc (policlinică, spital, domiciliu, loc de muncă), în funcție de timp

(consultație de urgență sau obișnuită), de împrejurări (la prima consultație etc.), de sex, de vârstă, de *status*-ul pacientului, de starea bolnavului, de specialitatea medicală etc.

Comunicarea obișnuită între două persoane nu implică o situație excepțională, spre deosebire de comunicarea din sistemul medic-pacient. E importantă deschiderea optimală a canalelor de comunicație (care lipsește, bunăoară, la unii bolnavi psihiatrici) și absența "zgometelor" pe canal (introduse, de multe ori, de filiera medico-administrativă). Comunicarea este deranjată de folosirea de către medic a unui jargon tehnic, de întreruperea consultației și favorizată de unele contacte senzoriale (medicul trebuie să "pună mână pe bolnav", să-i capteze privirea etc). S-a constatat că, deseori, cunoștințele medicale ale bolnavilor (mai ales ale celor anxioși, ipohondrici și ale celor cu alte "personalități accentuate") sunt un impediment la o comunicare eficientă. Comunicarea nu este echilibrată atunci când pe medic îl preocupă numai ceea ce are importanță pentru diagnostic (sau numai ceea ce îl interesează: *iatrocentrismul*) și nu ceea ce îl supără sau îl îngrijorează pe bolnav (mai ales simptomele subiective).

Pentru o bună comunicare în mediul rural, este necesar ca medicul să cunoască câte ceva din cultura și graiurile specifice mediului local. Bolnavul de la țară are câteva stereotipuri lingvistice ("am un dor", "am o amețală") cu un câmp semantic foarte larg. Adeseori el este însoțit de rude care distorsionează comunicarea. Unele deficiențe în emiterea și recepționarea comunicării tin de emotivitatea pacientului și de alții factori simpli - insuficient cercetați și luați în seamă. De pildă, există pilule de diferite culori; dar nu se verifică dacă pacienții știu să distingă culorile și să le denumească corect. Presupunem că înțelesul cuvintelor utilizate este același pentru medic și pacient - dar acest lucru trebuie verificat. Noțiuni elementare de cultură medicală pot să lipsească la pacienți - de unde o destul de bogată cazuistică anecdotico-umoristică în legătură cu tenna (ce înseamnă "bucal"? cum se folosește un supozitor? termometrul folosit ca metodă de tratament - și nu ca un indicator). Memoria pacientului este pusă la încercare atunci când se transmit indicații de regim sau de tratament: tehnica indicațiilor scrise câștigă, pe bună dreptate, adepți

tot mai numeroși; cercetări *ad hoc* au arătat că, în medie, până la jumătate din recomandările medicului nu sunt reținute, procentul cel mai mare găsindu-se la vârstnici și bătrâni.

În pediatrie, comunicarea este mai ales indirectă până spre vârsta pubertății. Ea se desfășoară sub semnul griii (biologice) față de progenitură. Se pune accentul mai ales pe "limbajul corpului" și pe expresie. (Se citează cazul mamei care a solicitat Salvarea pentru că fetița sa nu mai zâmbea în somn). Pediaterul bun știe să deschidă și să țină deschis canalul de comunicare prin comentarii, fragmente de povestire, aluzii la personajele fabuloase, atitudini de joc sau parentale: pediatria redescoperă modele arhaice de contact comunicant (ca cele între șaman și suferind). La extremitatea cealaltă a vieții, în geriatrie, se cere multă "realizare umană" a comunicării. Persoanele bătrâne de sex feminin pot deruta prin elemente de cochetărie și prin ocolirea descrierii simptomelor legate de vârstă. În geriatrie, pare să aibă mai multă însemnătate comunicarea tactilă; în general, comunicarea "caldă" se stabilește mai greu. "Căldura" comunicării se poate aprecia uneori după cantitatea de zâmbete și de umor prezentă în ședința de comunicare. Aceasta este uneori prea scurtă pentru a "încălzi" atmosfera (în limba germană, pentru consultația medicală se folosește termenul de *Sprechstunde*, adică "oră de convorbire").

O atenție deosebită ar trebui acordată comunicării *între pacienți*, în salonul de spital și în sala de așteptare.

Cu problema comunicării medic-pacient s-au ocupat Barbara Korsch (1968), P. F. Ostwald (1964), W. E. Nelson (1969), C. R. Joyn (1969), B. Freemon (1971), M. Coulthard și M. Ashby (1975) ș.a.

*

"Contactul comunicant" poate îmbrăca aspecte regresive în isterie. S-a propus o caracterizare informațională a isteriei: tip de comunicare non-verbală, vehiculată printr-un protolimbaj (al atitudinilor și simptomelor corporale).

S-au propus însă și comparații cu reacțiile instinctuale ale animalelor primejduite (deci o regresie etologică): reacții motorii violente (fugă, convulsii, tremurături, amnezie); simulare a morții (paralizii, orbire, mutism, analgezie); alte fenomene regresive (plâns, enurezis, ezitare, vorbire confuză, stare hipnoidă).

Nu este contradictorie cu aceste comentarii nici interpretarea isteriei prin modelul rolurilor, al jocului dramatic și al scenariilor (Mead, 1934, Szasz). În fond, este vorba de programe de comportament, iar jocul presupune comunicare interpersonală. A juca un alt rol decât cel adevărat, a te prezenta ca un "ca și cum" ai fi altul (*impersonation*) poate fi simulare, trișare, greșeală, isterie, ipohondrie. Simptomul isteric este interpretat ca o modalitate de comunicare prin limbaj pictural (nediscursiv, iconic mai curând decât convențional; idiosincratic și privat). Sarbin a aplicat modelul "dramaturgic" la examinarea situației de hipnoză. Ideea că hipnotizatul "joacă" rolul prescripș de scenariul hipnotizatorului se dovedește o ipoteză de lucru fecundă. Un argument l-ar constitui chiar "hipnoza de cultură", standardizată acum aproape un secol de către Charcot, la bolnavii săi de la Salpêtrière. "Marea hipnoză" decurge tipic, *conform teoriei marelui clinician*. Nu este vorba de simulare, ci de o autentică "întreprindere în rol". Hipnoza seamănă cu somnul în experimentele conduse de cei care susțin că hipnoza este un "somm hipnotic".

Ceea ce se cere completat, la ipoteza "întreprinderilor în rol" privește implicațiile psihosomatice ale perspectivei. Situaționale (și contextuale) ca în joc nu sunt numai comportamentul verbal și motor, sau "modalitatea" psihică - ci *întreaga fiziologie*. Când membrul unei societăți "primitive" intră în rolul unui om căruia i s-a preconizat moartea în "jocul" ritualurilor magice, el poate *muri efectiv*, ca și cum ritualul ar fi fost eficace în ordinea cauzal-naturală (substanțială, energetică etc.) a lucrurilor. În existența umană, *prescriptivul* cultural se conectează cu cibernetica substratului biologic: este ceea ce dă note particulare la ceea ce s-a numit *normosferă*.

Comunicarea se face tot după reguli (este un comportament *normat*), iar comunicarea lingvistică oferă în gramatică un sistem organizat de programe. Mesajele verbale cuprind însă mai mult decât

o comunicare de conținut. J. L. Austin (1961), G. Kerner (1966) au deosebit mai multe roluri, funcțiuni și utilizări ale cuvântului. Mai întâi, a pronunța înseamnă a produce un sunet sau un zgomot (act *fonetic*). Mai departe, a folosi un cuvânt înseamnă a-l întrebuința ca parte a unui vocabular, supus unor reguli de gramatică sau sintaxă (act *fatic*). Înseamnă și a-l supune unor reguli de aplicare, adică unor reguli semantice (act *retic*). Aceste "roluri" se pot cuprinde sub termenul mai general de *locuție*. Dar ele servesc pentru a descrie, a comanda, a aproba etc. - ceea ce reprezintă aspectul *ilocuționar* al cuvântului. Efectele reale, produse cauzal, asupra minții și afecțiunii oamenilor, alcătuiesc aspectul *perlocuționar*. Trebuie să distingem, așadar, *forța performativă* a cuvântului, ținând de reguli pragmatice și de convenții (înțelesul este convențional!) - de folosirea cauzală a limbii, ce urmărește efecte psihologice și sociale (în acest din urmă sens, cuvântul poate fi un "excitant" sau un semnal, mai curând decât un semn). Contactul "comunicant" verbal este, astfel, important în psihoterapie.

Învățarea unei limbi, a folosirii și decodificării sale nuanțate, presupune "manevrarea" liberă și adecvată a tuturor acestor funcțiuni. G. Bateson a subliniat importanța a ceea ce se poate numi *metacomunicativul*: dacă un "conținut" trebuie înțeles ca simplă relatare, ca fantasmă, ca ordin, ca descriere sau ca metaforă etc. - aceasta se comunică interlocutorului la alt nivel decât conținutul. Confuzia dintre comunicativ și metacomunicativ ar fi, după acest autor, una dintre caracteristicile schizofreniei.

Lingviștii au neglijat funcțiile *expresivă* și *semiologică* ale limbii. Sensul medical al "semiologiei" se extinde la cunoașterea persoanei și - prin persoană - la cunoașterea grupului biosocial și cultural din care acesta face parte. Particularitățile de "discurs" ale bolnavului sunt importante nu numai în diagnosticul psihiatric și neurologic, ci și în cel tipologic (temperament și caracter) al persoanei.

Unii autori deosebesc *marea comunicație* (individ-lume exteroară) ducând la modelul realității obiective și *mica comunicație* (autocomunicație) a individului cu sine-însuși și elaborarea modelului

informațional al propriului eu. Integrarea celor două tipuri de modele face din psihic un *mare sistem informațional* specific (caracteristic, original).

*

V. Enătescu (1982) a insistat asupra participării canalelor *non-verbale* la actul de diagnostic medical: gestica, mimica, plânsul, modificările de timbru ale vocii, mersul etc. În cadrul disimulărilor stărilor de anxietate, depresie, emotivitate sau de simulare a unor suferințe inexistente, comunicarea *extraverbală* este diferită de cea efectuată verbal (comunicare *paraverbală* sau *disverbală*). Comunicarea extraverbală scapă, în general, controlului voluntar, conștient; totodată, majoritatea transferului informațional al afectivității are loc prin canalele extraverbale. De menționat că perceperea mesajului extraverbal este posibilă în virtutea unui consens existent socio-cultural. Modelul cultural al microgrupului, al zonei în care se desfășoară actul medical nu trebuie pierdut din vedere (gestica bogată, însoțind un debit lingvistic crescut, caracterizează pe unii locuitori de la câmpie și pe mulți meridionali).

Complianța pacienților

Ideea după care bolnavul înțelege complet și corect instrucțiunile de regim și de tratament medicamentos, le reține și le execută întocmai - nu corespunde realității decât într-un număr restrâns de cazuri "ideale". Trebuie să luăm în considerare întotdeauna o distorsiune emoțională, defecte de memorie (care - în cazul pacienților vârstnici - fac parte din starea ce necesită tratament), neglijențe sau chiar atitudini necorespunzătoare din partea pacientului. Administrarea sub supraveghere strictă nu este posibilă nici în spitale. Cercetări recente s-au îndreptat spre cifrarea, în procente, a acestui factor perturbant - care scade "fiabilitatea" asistenței medicale - și spre experimentarea unor mijloace destinate să o amelioreze. De exemplu,

furnizarea de instrucțiuni scrise crește complianța de la 66% la 92% (Gabriel, 1977).

Participarea activă a pacientului presupune atitudine cooperantă, o anume poziție față de propria boală, o bună atenție și o bună memorie (Moulding, 1961). Determinarea cantitativă a non-complianței, ca atare, are în vedere doar "vârful unui aisberg". O vină o are examinarea superficială, graba medicului, rutina în prescripție, neglijarea aspectelor psihosomatice, recomandările nerealiste sau "perfecționiste", efectele adverse ale medicațiilor (Ehrlich). Non-complianța este uneori deliberată, alteori ține de teamă, de neîncredere, de prejudecăți față de "nou" (care pot fi diametral opuse), de interferențe cu o automedicație camuflată etc. Ea complică mult așa-zisele experimentări clinice ale medicamentelor. Nu pot fi neglijate diferențele socioculturale între populații: acolo unde educația se face în sensul respectului autorității, este de așteptat o complianță satisfăcătoare.

Retrospectivă

Boala creează un tip nou, cu totul particular, specific, de raporturi și relații între oameni, o adevărată lume particulară în sânul lumii mai mari, care se conduce după valorile și nevoile ființelor normale (Riese). "Colocviul medical" cuprinde o parte din aceste raporturi. Cum poate fi denumit, cât mai adecvat, partenerul medicului în acest colocviu? Cităm părerea lui L. Portes: "Cuvântul *client* are o rezonanță neplăcută pentru susceptibilitatea medicală. Cel de *asigurat*, care tinde să se impună în zilele noastre (este vorba de "asigurările sociale" din țările capitaliste - n.a.) nu face decât să însere interesatul într-o rețea juridică și socială. Termenul de obicei emis, de *bolnav*, care-l situează în fața medicului, și într-un anumit fel de cealaltă parte a barierei, are inconvenientul de a nu recunoaște decât un fapt patologic. Vechiul cuvânt francez *patient* ne satisface mult mai mult ... pentru că el subliniază atitudinea, esențialmente afectivă, pe care o adoptă fatal ființa umană chinuită de boală,

atitudine care ne forțează simpatia și ne câștigă solitudinea". Autorul continuă: "actul medical, dacă este cu siguranță în majoritatea cazurilor un act științific, dacă el este în grade diferite un act social, este întotdeauna un fapt psihologic. Acesta este caracterul său, dacă nu cel esențial, cel puțin cel mai constant, cel mai imuabil, în orice caz cel care asigură medicinii, de-a lungul tuturor timpurilor și în toate locurile, extraordinara sa unitate... el este o dramă cu două personaje".

S-a încercat (și acest punct de vedere este cel mai răspândit) să se asimileze actul medical ca un *act contractual*. Cel fel de "contract" este însă acesta, în care părțile nu sunt egale? Poate un "contract de adeziune", în care o mână slabă se întinde, *liberă*, spre o mână mai viguroasă. Dar consimțământul bolnavului nu este în realitate nici liber, nici pe deplin luminat. Portes scrie: "dintre toate contractele, actul medical este fără îndoială cel al cărui conținut moral și psihologic este cel mai bogat și cel mai greu de sesizat prin concepte pur juridice". Se constată ușor că, pe de o parte, cadrul juridic în care se poate integra valabil actul medical "rămâne încă de definit", iar pe de altă parte, că în documentele juridice moderne, desprinderea responsabilității medicului se face adesea prin apel la o noțiune extra-judicială, aceea de *conștiință profesională*. Astfel iese în evidență nu numai caracterul *sui-generis* al raportului dintre bolnav și medic, dar și marea însemnătate care revine *conștiinței morale* a medicului în reușita actului medical.

După cum sublinia W. Riese, "*actul medical este plin de implicații morale, în fiecare etapă a sa și în fiecare variantă a sa: anamneză, diagnostic, indicație, prognostic, tratament, profilaxie*".

Baruk, eminent psihiatru francez, a subliniat în repetate rânduri legătura reciprocă dintre nivelul moral al medicinei unei epoci și realizările sale clinice. Vorbind despre decăderea medicinei hipocratice în epoca elenistă, în care se constată o recrudescență a fideismului și a magiei și, de asemenea, trăsături a ceea ce s-ar putea numi dezumanizare științistă a medicinei (experimentare pe om etc.), Baruk face observația că "decadența eticii și a respectului față de om, ca și utilitarismul cu vederi scurte, precedă decadența științei însăși".

Chirurgul F. Forgue scrie: "ceea ce constituie noblețea stării noastre, ceea ce face, totodată, demnitatea medicinei și greutatea responsabilității sale, este măreția tragică a unora dintre situațiile care ne sunt supuse, este înălțimea morală a problemelor care ne sunt câteodată propuse și a căror soluție cere multă conștiință, mai multă conștiință decât știință".

Medicina *nu* este o știință abstractă, ci una practică - dar ea nu se aplică materiei. Supunerea ei specială și exclusivă la om "este ceea ce o face să fie o știință incomparabilă... Medicina este o știință adresată omului și nu bolii, omului bolnav și nu bolii omului" (J. Okinczyk).

Aspecte psihosociologice ale bolii și ale medicinei

Introducere

Termenul de *psihosociologie* este nou. Psihosociologia nu este *psihologie socială* (*sociopsihologie*); este o "zonă de frontieră", care își concentrează atenția pe modul de inserție al individului în relațiile sociale - fiind într-un anumit fel un complement al psihologiei "clasice", care avea o optică limitată, individualistă (Badin).

Un prim nivel de analiză este *relația interpersonală* (omul are "antropotropism"). În mod curent, se spune că *socialul* pornește de la cel puțin *trei* persoane; dar și în relația dintre două persoane *socialul* este prezent prin experiențele anterioare ale subiecților, prin "amenajarea" întâlnirilor, prin problemele pe care le au de rezolvat în comun. Un al doilea nivel îl reprezintă *grupele restrânse*, cum ar fi familia sau echipa de lucru, care nu sunt sisteme "închise". Un al treilea nivel (sau - mai bine zis - un al treilea grup de nivele) îl reprezintă *grupele mari* - de care se leagă noțiuni cum ar fi: clasa, opinia publică, comunicarea, comportarea de masă etc. După cum observă A. Mișu, la fiecare nivel (caracterizabil aproximativ prin *ordinul de mărime* al numărului de indivizi care compun grupul social) domină legi sociale de alt tip - expresie a relației dialectice dintre cantitate și calitate. Astfel este justificată o preocupare specială "microsociologică". Situația bolnavului în familie sau în spital este de resortul unor astfel de preocupări.

De resortul psihosociologiei sunt problemele în care intervin roluri, răspunderi, motivații, norme, legături ierarhice și funcționale, comunicații, comenzi, rezistențe psihologice la schimbări etc.

Fundamentală este conceperea "dublei structuri organizatorice" a oricărui grup social:

a) o organizare *formală*, care cuprinde ierarhia regulamentară, distribuția administrativă a sarcinilor etc.;

b) o organizare *in-formală*, non-formală, care se constituie spontan - și care cuprinde grupări pe bază de afinitate, repartizii de roluri (ca cel de *lider*) și de influențe, factorii de coeziune sau de disoluție, sistemele curente de comunicare directă și codurile de conduită.

Totodată, *psihosociologia* propune interpretări diferite de cele *psihofiziologice* și de cele *psihologice pure*. De exemplu, randamentul poate crește, deși condițiile fiziologice de lucru devin mai proaste, dacă persoanele din grup dobândesc sentimentul propriei importanțe și al securității și dacă se modifică (în bine) coeziunea grupului.

În *sociometria* sa, J. L. Moreno preconizează stabilirea unei *sociograme* a grupului, pe baza declarațiilor confidențiale privind sentimentele de atracție, repulsie și indiferență ale fiecărei persoane față de celelalte. Sociograma este o "rețea de atracții și repulsii" și este o indicație pentru *regupări* ameliorante ("reconstrucția sociometrică"; ea poate determina o creștere a randamentului în muncă, o scădere a *consumului nervos* al muncii, sau o îmbunătățire a relațiilor dintre bolnavii care ocupă paturile aceleiași salon etc.). Atragem atenția asupra faptului că este vorba de relații *interpersonale*, adică nu de relații pur și simplu *interumane*, ci între oameni care se *cunosc*, care își cunosc reciproc notele lor *personale*. "Jocul teatral" al rolurilor, în prezența altora, este ideea *psihodramei* și a sociodramei. Psihodrama se referă la relații interpersonale; sociodrama - la relații între grupe. Nu este vorba numai de un *catharsis* prin simulacrul de joc scenic (de fapt o improvizație *liberatoare*), ci de o cale de a înțelege mai bine unele atitudini și unele conflicte. Acest *role playing* ajută la modificarea *atitudinilor* față de alții și față de sine - și deci la modificarea comportamentului.

Psihosociologia explorează, așadar, situații în care luminile medicinei pot fi foarte prețioase. Pe de altă parte, psihosociologia gru-

pelor este importantă pentru clarificarea și îmbunătățirea vieții în *colectivitățile* de bolnavi (de asistență sanitară) - în ce privește relațiile dintre bolnavi, relațiile în sânul personalului de asistență, relațiile dintre bolnavi și personalul de asistență. Psihosociologia grupelor este prețioasă și pentru fundamentarea științifică a *terapii în grup* sau a educației sanitare.

Boala, fenomen social

Boala este un fenomen social: 1) prin "definiție"; 2) prin origine; 3) prin consecințe; 4) prin atitudinile colective pe care le suscită etc.

Într-adevăr, ceea ce este considerat ca boală diferă de la o comunitate socială la alta (și, de asemenea, de la o etapă istorică la alta, în cadrul aceleiași comunități sociale). Atunci când o boală endemică este foarte frecventă (de ex. gușa în unele regiuni din Tirol, boala *pinto* la unele triburi sudamericane) - cei care *nu* sunt atinși de afecțiune sunt considerați anormali (*recte* bolnavi). Unii schizofreni sunt considerați, la triburi exotice, drept "vrăjitori", atribuindu-li-se calități supranaturale. S-a vorbit mult despre influența asupra decursului unor evenimente istorice a "marilor" obsedați, a paranoicilor etc.

Despre *originile sociale* ale multor boli nu este cazul să discutăm în capitolul de față. Este sarcina *medicinii sociale* și a *sociologiei medicale* să analizeze relațiile dintre factorii demografici, economici, culturali, politici etc. și starea de sănătate a populațiilor. Dar medicina socială nu se rezumă la probleme de sănătate publică: există o "medicină socială la nivel individual", care cercetează recuperarea factorilor sociali (cum ar fi munca, *status-ul* social, *rolul* și *statutul* social, nivelul de trai, nivelul cultural și igienic etc.) până la intimitatea țesuturilor. (De exemplu, musulmanii nu beau alcool. Circumcizia evreilor și a musulmanilor are consecințe asupra profilaxiei cancerului genital. Fumatul face parte din cultură). Numeroși factori *biologici* și *fiziologici* au o "resemnificare" socială (de ex. sexul).

Factorii patologici și intervenția medicală (igiena, iatrogenia) ar merita, ei înșiși, o analiză separată. S-ar putea spune că, cu cât grupul este mai mic viața sa este mai aptă de a fi perturbată prin intervenții "infrastructurale" de tip fiziologic, biologic, patologic. Factorii sociali acționează *psihologic* sau - mai ales (S. Cupcea) prin mijlocirea altor factori: *fizici* (microclimă, noxe profesionale), *chimici* (alimentație), *biotici*. Problemele legate de originea socială a bolilor se întind pe un registru foarte larg. La o extremitate întâlnim deformările somatice *artificiale* întâlnite cu scop de ornamentație la unele popoare. (Tatuajul este un exemplu larg răspândit. La chinezoaicele epocii imperiale, deformarea piciorului era o mutilare de înfrumusețare. La unele popoare africane și polineziene, *obezitatea* femeilor, obținută printr-o adevărată îndopare, le ridică enorm valoarea matrimonială). La cealaltă extremitate, găsim boli ale civilizației - cum sunt "nevroza telefonistelor" sau "surmenajul dirigenților" (R. Bize și P. Goguelin, 1956).

Mediul social poate fi patogen, între altele, prin *solicitare*. Din punct de vedere psihosociologic, solicitarea este o problemă legată de rol și de *poziție socială*. *Multiplacitatea rolurilor* pe care le "joacă" un individ este generatoare de conflicte și tensiuni. Menționăm *combinația* rolului de mamă și de profesionistă, ceea ce înseamnă o solicitare intensă a multor femei. Incapacitatea de a face față rolului definește, din punct de vedere psihosociologic, *infirmitatea* (sau boala); invers, boala sau infirmitatea pot împiedica atingerea unei *poziții sociale* și "jucarea" unui rol. De fiecare rol este legată o apreciere de valoare (axiologică) și, de aceea, un *halo* afectiv. "Dictomia" între valorile impersonale (în relație cu rolurile formale) și valorile și speranțele personale intervine în geneza stării de *malaise* foarte răspândită în secolul nostru. Intervine și *refuzul* de a accepta și a "juca" un rol.

Mobilitatea socială este un alt factor patogen: mobilitatea *verticală* (în ierarhia socială) și cea *orizontală* (migrația de la un mediu geografic, politic, cultural - la altul). Mobilitatea socială presupune efort de adaptare. Competiția pentru succes este generatoare de tensiuni deseori patologice (nevroze, ulcer, schizofrenie); ambițiilor se

întâlnesc frecvent printre coronarieni. Mobilitatea orizontală duce la slăbirea coeziunii sociale; scăderea confirmării la valorile culturii și civilizației (*anomie*, Durkheim) este corelată cu crizele sufletești, cu delinvența, cu sinuciderea.

Tissot (1780) este cel care a inaugurat un mod nou de tratare a problemelor medicale prin al său *Essai sur les maladies des gens du monde*. El se referea la aristocrația franceză decadentă, trădăvă și preocupată de petreceri (femeile au "crize de nervi" și *vapeurs* etc.). Tissot nu uită să vorbească despre pomezile cosmetice și despre corsete. Mai târziu, G. Leopardi va scrie versuri în care va considera că "moda" este un bun ajutor al Morții!

Aceeași entitate clinică își poate schimba, în timp și spațiu, cauzele și mecanismele de producere. Aceasta face ca teoriile explicative să nu concorde de la o generație la alta, de la un mediu social la altul. La începutul secolului nostru, psihonevrozele de care sufereau pacienții din clientela pariziană a lui Déjerine apăreau frecvent prin intervenția introspecției și a autoobservației ipohondriace; acestea perturbau automatismele viscerele. În clientela vinează a lui S. Freud se descoperea, aproape fără excepție, intervenția unui factor sexual. Mai târziu, în S.U.A., K. Horney se depărta de psihanaliza freudistă analizând elementele patologice ale "modului de viață american", E. Fromm - elementele patologice ale societății capitaliste, iar H. Marcuse - civilizația tehnologică. În U.R.S.S., larga circulație de care se bucura doctrina corticoviscerală nu ținea numai de caracterul *evident materialist* ale acestei doctrine, ci și de faptul că, în condițiile dintre anii 1930-1950 (interval care a inclus și perioada de război), sănătatea oamenilor a fost serios zdruncinată prin cauze "*nespecific*" de solicitare, tensiune și uzură a sistemului nervos central.

K. Sudhoff arată că fiecărei epoci istorice îi este proprie o maladie specifică, o boală "structurală", corespunzând nu numai condițiilor particulare ale existenței sociale, ci și concepției fundamentale despre existență a epocii respective. În Antichitate, lepra "vorbea" despre destinul *individual* implacabil. În Evul Mediu, ciuma "întrupa" blestemul sau pedeapsa divină. Apoi a venit epoca sifilisului, această

boală fiind pusă în legătură cu libertinajul, reflectând - până la un punct - "rolul" jucat în societate de către curtezană etc. Tuberculoza "se acordă" cu patetismul clorotic al romantismului. Cancerul din zilele noastre nu semnifică, oare, "întâlnirea" cu iraționalul, cu ceea ce - deocamdată - rămâne în afara posibilităților de înțelegere a biofizicii și biochimiei?

Pe această linie de gândire, M. Eliade observa că dictonul "nu există boală, ci bolnav" corespunde cel mai bine unei epoci individualiste. *Boala* este tratată conform schemelor din manualele de nosologie; pentru a trata *bolnavul*, s-a cerut crearea unor tehnici curative strict personale (intimpersonale), cum ar fi cele psihanalitice, sau s-a recurs la forțele nespecifice ale naturii (*naturalismul* a înflorit în aceeași epocă). Poate că, pentru epoca noastră, este caracteristică "sănătatea condiționată": medicina și farmacia dau suport multor oameni care, fără ajutorul lor, ar fi infirmi sau neproductivi. Totodată, medicina contemporană limitează enorm jocul selecției naturale.

Consecințele sociale ale bolii sunt - cum spuneam - mai profunde, imediate, vizibile, la nivelul grupelor mici: familie, atelier etc. Consecințele nu sunt numai economice. Boala (sau accidentul) modifică în general relațiile dintre oameni. Boala zdruncină echilibrul sistemului social (microsocial). Prezența unui bolnav sau infirm într-o locuință impune readaptarea vieții tuturor colocatarilor.

La nivelul grupelor mari - națiuni, popoare, rase, omenirea întregă - "lucrează" marile epidemii (malaria, alcoolismul, toxico-maniile, arterioscleroza etc.). Colonizarea zonelor tropicale și ecuatoriale - impaludate - de către europeni a decurs în condiții cu totul diferite înainte și după introducerea în terapeutică a chininei. După unii autori, chinina a "condiționat" în oarecare măsură soarta (destinul) imperiilor coloniale portughez, spaniol, francez, englez, olandez (primele două, în decădere din cauza malariei, iar ultimele trei, în *ascensiune* cu ajutorul chininei) (Bugard, Brumpt). S-a spus că și parazitotozele influențează net *civilizațiile*. Pentru o anumită perioadă a evoluției capitalismului se potrivea jocul de cuvinte "civilizație-sifilizație" (E. Sterian).

*

Ne vom opri mai mult asupra *atitudinilor colective* pe care le suscită bolnavii. În organizațiile statale de tip spartan, bolnavul era repudiat, "respins" de colectivitate; în unele state cu mentalitate dominantă religioasă, bolnavul era privit ca un păcătos, adică de fapt ca un delincvent sau criminal. Pe baza concepției demonologice, bolnavul era *temut* ca un purtător de spirite nefaste sau *exterminat* pentru aceleași motive (arderii pe rug etc.). După concepția creștină, boala este mai curând un factor de unire între oameni, îndemnând la caritate. *Statul modern* se îngrijește de bolnavi și de defavorizații sorții, prin măsuri de asistență socială și medicală.

Statutul bolnavului în societatea noastră a fost analizat, între alții, de T. Parsons (1955). Acest statut cuprinde: a) exempția de responsabilitate (care trebuie însă legitimată de medic); b) dreptul de ajutor (din care derivă și atitudinile revendicative); bolnavul este scutit de obligația de a munci pentru societate, dar, pentru a beneficia de aceste drepturi, el are: c) obligația de a dori să se însănătoșască și d) obligația de a coopera la vindecare (de aici rezultă unele îndatoriri sociale cu un *rol* complementar celui al medicului: există o *deontologie a pacientului*).

Viața socială productivă se bazează, firește, pe *sănătatea* membrilor ei - ceea ce Bülow (om politic german) a exprimat în cuvintele: "sănătatea fizică, morală și intelectuală este... cea mai mare bogăție a unui popor".

După același T. Parsons, statutul medicului cuprinde, corespunzător: a) competență recunoscută; b) "universalismul rolului" (el nu poate refuza bolnavi după criterii arbitrare: este *medic pentru toată lumea*); c) specificitatea profesională ("puterea" sa asupra bolnavului se referă la boală - și nu la alte probleme ale vieții persoanei); d) neutralitate afectivă (nu are voie să fie părtinitor); e) dezinteres material și altruism.

*

O mențiune specială o merită atitudinea socială față de *bolnavii mentali*. După Foucault, "nebulul" a luat - în Evul Mediu - locul deținut înainte (până la sfârșitul Crucadelor) de către lepros, ca întruchipare a Răului. Nebunul a fost privit ca "posedat", locuit de diavol, el însuși diavol. Exilul său din societate a avut inițial o semnificație rituală (parodii de ceremonialuri religioase, alungare cu nuielele etc.). Ca și în cazul ritualurilor de excludere a leproșilor, intenția nu era de a *suprima boala*, ci de a o *menține la o distanță* "sacră", de a o fixa într-o "exaltare inversă". Scopul era de a *proteja societatea* și nu de a *îngriji bolnavul*. Spitalul (nu numai spitalul de nebuni!) devenea un "al treilea ordin al represiunii", alături de poliție și justiție. Nebunia era privită totodată ca un scandal și un "*déjà-là de la mort*"; pentru a o exorciza cât mai eficient, nebunia a fost preschimbată într-un *spectacol public* (azilele se puteau vizita contra unei taxe). Au trebuit secole întregi pentru ca psihiatrul să se transforme din gardian în îngrijitor, iar "nebulul" să fie considerat, succesiv, un *alienat*, un *dement* și, în fine, un *bolnav*. Se admitea că nebunii pot suporta indefinit (ca și *animalele*) mizeria fizică, frigul, foamea (însuși Pinel, "liberatorul" lor din lanțuri, credea acest lucru) și erau ținuți în lanțuri ca și criminalii (sau ca fiarele).

În alte societăți (culturi, epoci istorice), nebunului i s-au atribuit însușiri supranaturale și a fost *temut și respectat* în același timp. După unii etnografi, atitudinea față de nebuni a oscilat polar între un astfel de respect (cu eventuală valorificare magico-mistică și a "resurselor" sale) și repulsia plină de groază, generatoare de cruzime. Platon vorbea despre "manii" care aduceau un plus de cunoaștere.

Susser și Watson (1962) încearcă să explice atitudinea deosebită față de bolile mentale prin aceea că, în domeniul psihologic, există aparent un *continuum* între sănătate și boală: sfera normalității este foarte largă și se încrucișează cu sfera patologicului; constatarea aceasta produce anxietăți reacționale; pentru a calma *spaima de a ne îmbolnăvi*, creșteri concrete o *limită* prin internarea, izolarea, devalorizarea socială a celui decretat "nebun". Explicația nu ni se pare pe

deplin satisfăcătoare. S. Starr (1957) a arătat că majoritatea oamenilor *contemporani* cred că "nebun" înseamnă comportament nepredictibil, violent - care *necesită îndepărtare*. În orice caz, omul de azi se teme și se *ferește* de diagnosticul psihiatric (poate și pentru că etiologia, patogenia și terapia bolilor mentale sunt imprecis puse la punct), iar această atitudine se manifestă pe plan conștient ca și pe plan inconștient (E. și J. Cumming, 1957).

*

Boala poate da beneficii sociale secundare, lucru de care trebuie să țină seama întotdeauna terapeutul. Includem aici și *fuga în boala mentală* ca și *simularea bolii mentale* (expresia dramatică se găsește în *Henric IV* de L. Pirandello). *Fuga în boală* (în boala oarecare) este, de multe ori, expresia unei dezadaptări sociale.

Menționăm în treacăt că boala aduce o "devalorizare" socială, care se exprimă în diagnosticul *inactivă* (cuvintele: nebun, imbecil, cretin, idiot, sifilitic, "ofticos" etc. sunt *termeni medicali*!).

În același timp, "a fi bolnav" poate însemna și o modalitate de a exercita *presiuni sociale* (presiuni "morale") în mediul microsocial (familie, loc de muncă etc.). Aceasta nu înseamnă că bolnavul trebuie întotdeauna suspectat, nici că viața sa în timpul bolii trebuie "organizată" astfel încât *răul să nu aibă nici un aspect pozitiv*. Dimpotrivă, deslușirea unor aspecte pozitive în boală, a celui *bon usage de la maladie*, este un important element al psihoterapeuticii. Societatea (sau instituția) nu pot să pretindă confiscarea întregii forțe de muncă și a vieții personale a membrilor ei; dimpotrivă, ele trebuie să fie cointeresate în consolidarea sănătății, personalității și bucuriei de a trăi a angajaților de care profită în mod secundar, dar substanțial. "Principiul" parcimoniei în acordarea concediilor duce deseori la rezultate opuse celor scontate. Astfel, prezentarea la locul de muncă a bolnavilor de gripă diseminează boala printre colegi. Neatenția sau lipsa de "cap limpede" generată de boală pot determina rezolvări neadecvate ale unor probleme, pot provoca accidente etc. Așadar, societatea -, oferindu-i bolnavului condiții de însănătoșire în izolare (la domiciliu

sau în spital) - se apără totodată de consecințele (nu numai sanitare) ale bolii. În bolile cronice, situația se schimbă, firește. În unele cazuri, folosirea rațională a capacității de muncă reziduale are ea însăși un efect terapeutic (ergoterapie etc.).

În sfârșit, există relații sociale legate de starea de boală:

a) *relația terapeutică*, un tip specific de relații interpersonale. Rolurile de medic și pacient sunt "jucate" în funcție de modelele culturale ale societății și de experiențele anterioare ale vieții colective. Această relație este complexă și - în afara aspectelor terapeutice (intervenții chirurgicale, administrarea drogurilor, psihoterapiei) - cuprinde elemente cum ar fi plata onorariilor, intervenția serviciilor sociale etc. Ea este influențată și de nivelul informației medicale a publicului, de evoluția farmaciei (și de dezvoltarea - industrială și comercială - a industriei de medicamente). Autoterapia medicamentoasă - *home medication* - este mai răspândită decât orice toxicomanie! Relațiile medic-pacient au avut o evoluție istorică al cărei studiu este de resortul istoriei medicinei. În ultimul secol, s-a produs "modernizarea" spitalelor (în sensul amenajărilor tehnice, al creșterii confortului și mai ales a siguranței, al umanizării, al creșterii numerice, de capacitate și de accesibilitate), înflorirea medicinei de cabinet particular, trecerea la sistemul de policlinici, dezvoltarea asigurărilor sociale etc.;

b) faptul bolii este la originea unor fenomene speciale de grup - cum sunt cele proprii ale *sociologiei spitalului*.

Familia

Această unitate (celulă) socială creează legături interpersonale specifice, roluri (de soț, soție, tată, mamă, copil), obligații, probleme. Deși este generatoare de tensiune și uneori de contradicții, funcția sa din punctul de vedere al sănătății publice este dominant antipatogenă și higiogenă. Bolile mentale și sinuciderile sunt mai frecvente la cei necăsătoriți; longevitatea este mai mare la cei căsătoriți. Reciproc, aptitudinea de a întemeia și susține o familie este un test de sănătate

mentală. Viața reușită de familie înseamnă, între altele, o rezolvare a unor probleme legate de Sexus și Eros, mai multă ordine, disciplină și înțelepciune, decizia de exercitare și de cultivare a devotamentului, o echilibrare datorată și sarcinilor asumate. Funcția psihologică și spirituală a copilului care apare în sânul familiei (*lorsque l'enfant paraît*, V. Hugo) este complexă, repercusiunile asupra sănătății mentale a părinților sunt în general pozitive. De asemenea, pentru copil, existența unei familii unite este o condiție *sine qua non* a bunei dezvoltări a personalității sale. Freud a insistat asupra rolului identificării cu părinții și a "triunghiului" copil-tată-mamă (complexul Oedip). Copiii sunt elemente de solidarizare a familiei. Dezorganizarea familiei afectează direct somatic și psihic, ca și pe cale psihosomatică, sănătatea soților și echilibrul moral al copiilor; ea favorizează delincvența și toxicomaniile.

Familia înseamnă, între altele, sprijin și ajutor reciproc - care se manifestă și în boală. Supraviețuirea și vindecarea depind, în numeroase cazuri de factorul familial. Bolnavul cronic cere o îngrijire care nu se poate imagina decât într-o societate evoluată cu familie consolidată; societățile primitive nu tolerează indivizi neproductivi decât pe timp scurt (pe durata bolilor acute). Același lucru se poate spune și despre bătrân. Anchetele au arătat că marea majoritate a bătrânilor este asistată de către rude (și numai câteva procente sunt asistate social). Sprijinul extrafamilial bazat pe solidaritatea umană se dezvoltă mai târziu decât cel intrafamilial. În această perioadă a vieții, bătrânii (după retragerea din activitatea productivă) își găsesc o compensare în preocupările familiale (în special femeile - în preocupările gospodărești).

Boala este "o stare socială" (și nu numai una patologică) și pentru că modifică relațiile ale persoanei îmbolnăvite cu familia.

Boala cronică generează frecvent tensiuni în relațiile intrafamiliale. Ea obligă la o readaptare a familiei - ca timp, venituri, autoritate, toleranță.

Sunt bine cunoscute de către medici reacțiile părinților față de un copil anormal, infirm sau bolnav cronic. S-a descris o stare de șoc (stress) psihic cu sentimente de culpabilitate, dezolare, desperare; o

fază cu căutare de soluții; o stare durabilă de echilibru. În realitate rămâne un fond de tensiune cu irascibilitate, tendințe depresive, reacții nevrotice și caracteriale.

Psihosociologia spitalului

În cadrul spitalului "intervin procese de grup de o amploare și de o diversitate pe care nu le întâlnim în vreo altă organizație": relații bolnav-bolnav, bolnav-personal de asistență, personal-personal, relații cu ambianța socială. Spitalul ar fi un "loc strategic al cercetării sociale" (Badin). Unele grupuri sunt constituite în scop de terapie, în scop de muncă socială; altele sunt numai grupe de vechi bolnavi. Studiul acestor relații și fenomene este important atât pentru înțelegerea unor procese fundamentale ale vieții sociale (înțelegerea mijlocită de acest "model concret"), cât și pentru elaborarea organizării spitalicești, a practicii medicale, a politicii sanitare.

Spitalul este o răscruce socială în care întâlnim categorii extrem de diverse. Statisticile arată că majoritatea populației dintr-un stat modern are, în cursul unui an, relații directe sau indirecte cu organismele spitalicești (sunt bolnavi, rude sau cunoștințe de bolnavi, au relații profesionale etc.). Considerațiile privitoare la eficacitatea acestor instituții au o semnificație particulară, pentru că au implicații legate de suferința umană și de aceea, astăzi, investițiile de fonduri în spitale sunt considerabile. În sfârșit, atmosfera psihosocială dintr-un spital poate avea o reală "valoare terapeutică" (sau dimpotrivă).

Spitalul este o "mică societate", având o anumită poziție în cadrul *societății globale*. Legătura cu "societatea globală" este una în mediul urban și în mediul rural, alta când finanțarea este publică sau când este privată, alta când caracterul instituției este laic și când caracterul este religios. De asemenea, "mica societate" se prezintă diferit după cum dispune de monopol sau suferă o oarecare concurență, după originea autorității conducătorilor (cine-i numește? față de cine sunt responsabili?). Poziția sociologică a spitalului (și structura sa) au o puternică condiționare istorică.

Psihosociologia spitalelor este dependentă atât de *dimensionarea grupelor* (număr total de bolnavi, numărul de bolnavi din saloane), cât și de *compoziția grupelor* (în ce privește pe bolnavi, contează circumstanțele de intrare, categoria socială, vârsta, sexul, ca și tipul de boli îngrijite: acute? cronice? etc.). În ce privește personalul de îngrijire, tehnic și cel administrativ – în spitalele mari există până la 60 (*sic!*) de categorii profesionale.

În spitale există o *organizare in-formală*, care se suprapune peste cea *formală*. Pe linie *formală*, există o dublă ierarhie: administrativă-de-birou și clinică. Între cele două ierarhii se pot ivi divergențe. De exemplu, este natural ca din punct de vedere administrativ să fie urmărită standardizarea tratamentelor (în timp ce clinicianul de valoare are ca principiu director individualizarea lor); obiectivul *rentabilității* poate intra în conflict cu cel al *îngrijirii optime* a bolnavilor. Personalul mediu și inferior de îngrijire a bolnavilor este supus la o multiplă solicitare: din partea administrației, din partea medicilor și din partea bolnavilor, din partea organizațiilor obștești etc. De aceea, fenomenele de interacțiune (interdependențe) sunt deosebit de complicate.

P. Badin admite că funcționarea spitalelor are trei scopuri: a) îngrijirea bolnavilor; b) scop financiar-comercial (de rentabilitate, prezent în multe instituții sanatoriale capitaliste); c) de formare profesională (învățământ). Autorul trece cu vederea scopul de cercetare științifică. În istoria medicinei, faza de *medicină de spital* (inițiată de un Laënnec, de un Charcot etc.) este bine conturată, în ce privește aportul ei științific.

Se poate vorbi de "cultura" organizării spitalicești, acest termen fiind luat într-un sens limitat, ca termen tehnic de psihosociologie. Aici intră normele de conduită, ideile, credințele, tabla (și ierarhia) de valori, limbajul ("jargonul" specific unui anumit serviciu spitalicesc), simbolurile de autoritate, unele acte convenționale sau chiar "rituale" care au intrat în obicei, lista de lucruri care "se fac" și de lucruri care "nu se fac" în ambianța particulară. De multe ori "șefii" își impun principiile, tabieturile, capriciile, "idiosincraziile", idealurile. Medicul nou-intrat trebuie să se adapteze pentru a fi asimilat în comunitatea de

lucru. În spital există, apoi, o *structură non-formală* mai mult sau mai puțin labilă. Ierarhia formală poate să corespundă sau să nu corespundă cu ierarhia după prestigiul medical și științific. Competența poate să coincidă sau nu cu aspectul "simpatic" sau cu capacitatea de a juca un rol de lider. Rețelele de afinități pot să coincidă sau nu cu structura organizatorică a comunității de lucru. Afinitățile spontane sunt cele care stau la baza comunicațiilor interpersonale.

Este de menționat concluzia lui Stanton și Schwartz, după care "frițiunile" la nivelul personalului medical se reflectă asupra armoniei în și între bolnavi și ca atare influențează evoluția și prognosticul bolii.

Bolnavul spitalizat

Să trecem acum la analiza situației psihosociologice a bolnavului spitalizat.

Omul spitalizat este obligat să-și însușească elementele din "cultura" ("subcultura") serviciului care l-a primit. Rolul principal de "interpret" al acestei culturi îl are infirmiera. O ajustare excesivă la mediul spitalicesc poate crea însă dificultăți în readaptarea socială. Acest fenomen se întâlnește de exemplu în cursul anumitor tratamente psihiatrice.

Rolul este tipul de conduită care "este de așteptat" în condiții date. Internatul se vede nevoit să joace "rolul de bolnav". T. Parsons (1951) a făcut deosebirea între rolul de bolnav (*sike role*) și rolul de pacient (*patient role*); "a fi pacient" presupune un raport cu un individ (medic) sau cu o instituție (spital) care îl îngrijește. S-au descris mai multe tipuri de reacție a bolnavilor spitalizați, situate între supunerea *exagerată* manifestată de "bolnavul bun" și ostilitatea francă împotriva personalului medical. În determinismul unei asemenea ostilități intervine probabil un mecanism de proiecție descris de psihanaliză. După cum am mai menționat, boala provoacă regresii spre atitudini infantile și acestea sunt accentuate de către spitalizare. Spitalizarea este în multe cazuri un *stress* și se cere să facem tot ce poate fi făcut

pentru atenuarea șocului; o componentă esențială a șocului este tocmai schimbarea de rol social.

S-a descris și o *nevroză de spital* a cărei apariție este strâns legată de sociologia acestei instituții. Întreruperea legăturilor cu familia și blocarea altor comunicații interpersonale, măsurile administrative (și nu numai administrative) luate în vederea asigurării curățeniei și liniștii, regimul autoritar, restricțiile, sedentarismul, rutina în activitățile cotidiene (mâncat, dormit, spălat), pierderea noțiunii de individualitate și de proprietate personală (simbolizată prin predarea hainelor proprii și prin îmbrăcăminte standardizată) – sunt cauze importante ale reacției nevrotice. Se adaugă cauze propriu-zis medicale (sedare, terapie prin șoc, explorări etc). *Pasivitatea* bolnavilor este probabil o formă de adaptare la noua realitate și ea se manifestă prin apatie, prin resemnare și printr-o ținută caracteristică (umeri căzuți, capul aplecat înainte, brațe încrucișate pe piept, mers târșăit).

Studii în ospicii au denunțat faptul că bolnavii suferă de pe urma structurii rigide-autoritare, a discrepanței între structura formală și cea informală, a atitudinii "non-terapeutice" manifestată de personal (I. Belknap, 1956). După Goffman (1968), "eul este (în aceste condiții) sistematic mortificat".

*

Transcriem, după K. Engelhardt (din Gr. Popescu, 1981), factorii de *stress* la care este (sau poate fi) supus bolnavul spitalizat: anamneza primului examen clinic în prezența unei terțe persoane, izolarea, distanța socială și "limbajul" medical, procedeele diagnostice și terapeutice, situația sa inferioară în "ierarhia" spitalicească, boala sau decesul altor bolnavi, reguli impersonale, lipsa de informații, supunerea (în loc de spiritul critic), limitarea spațială, tratamentul depersonalizat (centrat numai asupra bolii), vizita medicală "incomprehensibilă". Firește, lista nu poate fi niciodată completă și accentul pe unul sau altul dintre factori depinde de personalitatea, de ocupațiile, de stilul de viață, de rutinele bolnavului, de obiceiurile, pretențiile și confortul așteptat.

Sociologii care pornesc de la modelele antropologiei culturale insistă asupra a ceea ce numesc *aculturație și neoculturație*. Gr. Popescu ia în considerare patru forme de adaptare la spitalizare: retragerea și agresiunea - pe de o parte (sunt de fapt maladaptări); integrarea și consimțirea, pe de altă parte.

În sfârșit, ceea ce s-a înțeles și se înțelege prin "spital" acoperă o gamă variată de medii de viață. Între instituțiile improvizate, destinate sporadic săracilor prin acte de filantropie ineficiente pe plan social, lazaretele de pe câmpul de luptă, "carantinele" pentru ciumați și leproziile - pe de o parte, și sanatoriile dotate cu tehnică de ultimă oră pe de altă parte, distanțele sunt enorme. Antisepsia și asepsia, progresul mijloacelor de explorare, concentrarea în spitale a elementelor cu cea mai bună pregătire - au schimbat corespunzător atitudinea publicului față de spitale: de la un loc de mizerie și groază, la un loc "răvnit" pentru diagnosticul subtil și tratamentul eficient și sofisticat (Rohde).

*

O sursă de informare complexă despre viața în spitale o reprezintă *operele literare*. Ele sunt relativ abundente în literatura franceză. Murger scria: "un spital poate fi foarte poetic, însă el este totodată și dezolant". O documentare "pe teren" despre viața de spital au încercat-o frații Goncourt - însă ca *vizitatori* și nu ca pacienți. Pacient *frecvent* a fost P. Verlaine. În literatura română, documentarea literară privind spitalele lipsește aproape complet până la primul război mondial.

Birocrație și medicină

Termenul "birocrație" are un înțeles propriu sociologic, referindu-se la o anumită *structură* "funcționarească" a unităților umane de lucru, bazată pe competență (Max Weber, 1952). Progresele medicinei fac ca *instituțiile* să aibă un rol dominant în medicina

actuală. Medicul este un *angajat* cu *răspunderi* precizate. Structura de acest tip asigură *eficacitatea* în muncă, în dauna valorizării relațiilor (și a înșușirilor) personale; ultimul aspect este un factor nevrotizant în societatea actuală. S-a vorbit despre *disfuncțiile birocratiei*: rigiditate, conformism, formalism etc., ducând la *lipsă de omenie*. De exemplu, medicul poate refuza ajutorul de urgență celui care nu are "acte în regulă". În orice caz, birocratia *determină* (stabilește) responsabilități pentru fiecare funcționar și *ipso facto* le limitează răspunderile.

Dezumanizarea funcționarului se poate face și prin ceea ce s-a numit *deformare profesională* sau chiar ceea ce s-a numit - exagerat - o "psihoză profesională" (Dewey). Rutina duce la exagerarea unor caracteristici mentale în dauna altora, la preferințe, antipatii, discriminări și interese specifice.

Incidențele patologice ale psihosociologiei vieții moderne

Din unghiuri diverse, psihologia medicală și psihiatria abordează omul pentru a-i lumina sau restabili personalitatea.

Medicul psiholog și psihiatru își pune problema legitimității plângerilor și realității perturbărilor aduse de epoca noastră, a modului în care acestea sunt resimțite de oameni în general și de bolnav în particular. Astfel, fără a prejudicia asupra binefacerilor aduse de tehnică condiției umane, ar fi de luat în considerare "insuficiențele și dezordinele unei civilizații care face o maladie de creștere" (Montesut și Leroy).

"Insatisfacția modernă" este mai întâi *epuizarea fizică și intelectuală* a omului în *sarcini tracasante*.

Un alt exemplu este *automatizarea*.

Monotonia nu se limitează la dialogul om-mașină. O situație analogă apare și în birouri; asupra ei nu insistăm.

Povara responsabilităților crește nu numai în sectorul industrial, ci pe toate treptele organizării și execuției diferitelor sectoare economice, politice, sociale.

Tensiunile și agresiunile senzoriale alterează atât munca, cât și repausul. După mulți autori, *zgomotul* este noxa cea mai de temut. În afară de efectele specifice ale zgomotului (surditate profesională), zgomotul produce o serie de efecte nespecifice asupra sistemelor și organelor cele mai variate.

Servitutea vieții în comun s-a agravat odată cu urbanizarea accelerată impusă de industrializarea.

Servit și aservit de mașinile sale, de la frigider la televizor și telefon, omul trăiește o situație ambivalentă de liberare și alienare într-o "*trăire mecanică*" (Montassut și Leroy).

Printre repercusiunile psihice și psihosomatice ale civilizației moderne asupra individului cităm anxietatea, agresivitatea și oboseala.

Aceste repercusiuni psihologice și psihiatrice ale noilor factori de muncă și viață, a "uzurei prin existență" (Bugard, 1964) constituie o mare problemă de sănătate publică și de sănătate mentală, fiind în continua preocupare a O.M.S.

*

După R. Bayet, psihopatologia și simptomatologia bolilor evoluează în societatea actuală în raport cu elemente specifice de natură psihosocială. De exemplu, considerarea omului sub aspectul său funcțional și de eficacitate, diminuează exersarea multiplelor modalități de expresie și favorizează evoluția bolilor nevrotice către forme psihosomatice care se acomodează cu o activitate mentală mai săracă. Societatea actuală este mai puțin tolerantă față de manifestările spectaculoase (de tip isteric) - alt motiv pentru care bolile de conversiune au diminuat ca frecvență. Dezadaptările (poate mai frecvente decât altădată) îmbracă forme larvate. S-au schimbat și "punctele de presiune" ale societății asupra individului (de exemplu, constrângerea sexuală este mai puțin severă pentru femeie, în schimb există impedimente în exercitarea satisfăcătoare a maternității). Idealul pragmatic (succesul, reușita, realizarea) domină idealul moral (care, oricum, este mai ușor de satisfăcut); eșecurile generează stări depresive. Agresi-

vitatea ("cultivată" *ipso facto* într-o societate bazată pe competiție) se întoarce deseori către persoană în chip de autoagresiune, ceea ce contribuie la întreținerea stărilor depresive. În societatea actuală, desfășurarea *primei copilării* nu este întotdeauna corespunzătoare, iar "frustrațiile precoc" își lasă amprenta asupra afectivității și caracterului. În societatea actuală nu există o dezvoltare suficientă a vieții "grupelor sociale intermediare" (familie, cercuri), *individul* fiind confruntat cu *masele* - ceea ce nu-i asigură manifestări psihosociale adecvate. Civilizația noastră este sediul unor *tendențe culturale anti-nomice*, generatoare de conflictualitate. De exemplu, cresc virtual achizițiile intelectuale, dar *se impune* specializarea; afirmăm libertatea individului, dar totodată cresc obligațiile sale; preconizăm egalitatea și principiul dragostei semenului - în schimb ducem o viață de competiție; publicitatea ne crește dorințele, dar posibilitățile de a le satisface rămân reduse. Este evident că aceste caracterizări se justifică dacă avem în vedere societatea capitalistă. Se înțelege că realizarea idealurilor sociale de relații interumane are un rol sanogenetic de prim ordin.

Sociologia istorică a profesiunii medicale

În fiecare epocă istorică, medicina s-a impus sau a progresat prin anumite tipuri de contribuitori și prin anumite ramuri ale sale. În Imperiul Roman, contribuția esențială a fost a clinicienilor; în Renaștere, a anatomistilor și a fiziologilor (pe linie descriptivă); în secolul al XIX-lea, a fiziologilor și a bacteriologilor (pe linie explicativă); în secolul al XX-lea, a biochimistilor, a farmacologilor și a chimiștilor farmaceutici. Odată cu precizarea metodologiei științifice în medicină, dezvoltarea medicinei a devenit tot atât de rapidă ca și "a ciupercilor după ploaie", iar medicina a luat curând aspecte de "industrie majoră" (Reader și Gross). Medicina ultimului secol poate fi caracterizată, între altele, prin dezvoltarea conceptualizării științifice, prin creșterea numărului de cercetători cu diviziune a muncii, prin anexarea unor investitori din alte discipline (exemplele lui Pasteur, Pauling etc.).

Cariera de cercetător în medicină nu mai necesită instrucție clinică. Medicul continuă să identifice problemele clinice, dar activitatea de investigare tinde să progreseze mai rapid sub propriul impuls. Medicina ultimelor decenii înregistrează contribuția crescândă - nu numai a biofizicii și a biochimiei, ci și a sociologiei și a psihosociologiei.

Evoluția științei medicale a făcut necesară specializarea; evoluția tehnicii medicale a făcut ca medicul izolat să nu poată rezolva problemele de diagnostic și de asistență. Interesele superioare de stat au obligat guvernele să ia sub control direct rezolvarea marilor probleme de sănătate publică, iar munca muncitorilor pentru o viață mai sigură și mai bună au determinat organizarea socială a asistenței sanitare în sectoare tot mai cuprinzătoare ale nuncii. Acestea sunt o parte din cauzele care au dus la "birocratizarea" progresivă a vieții medicale și la transformarea treptată a medicilor în funcționari salariați. În S.U.A., medicul de medicină generală este "muribund", adică pe cale de dispariție. Autoritatea "paternă" a medicului de familie a scăzut pe măsură ce creștea competența specialiștilor și cultura pacienților. Medicina "omnipracticiană" s-a devalorizat și prin neglijarea (de către reprezentanții ei) a unei instrucții continue și prin surmenajul la care era supus medicul - decalat din punct de vedere tehnic și privat de viață personală prin solicitări neîntrerupte.

Medicina "de cabinet particular" poate fi privită sub mai multe aspecte. Mai sus am spus-o medicinii instituționalizate - aproape în același fel în care s-ar opune munca meșteșugărească aceleia industriale. Din alt punct de vedere, ea poate fi privită ca o *medicină individualistă* (căreia i s-ar opune una de prestație *colectivă*). Mai departe, ea poate fi privită și ca o medicină "de tip burghez", bazându-se pe legea cererii și ofertei (medicină *liberalistă*), permițând concurența, competiția și, eventual, succesul material deosebit al unui mic număr de privilegiați. Ea poate fi considerată și ca o medicină *tradiționalistă*, susținută de o categorie de oameni sinceri și dezinteresați care văd în medicină un sacerdoțiu. "Scientiști", "raționaliști", "pozitiviști", "tehnicști" luptă, dimpotrivă, pentru organizarea asistenței socializate în "uzine ale sănătății", medicii lucrând în *echipă*. Echipa

reunește deci medici de discipline diferite; este eterogenă și ierarhizată.

În sfârșit, medicina de practică individuală poate fi înțeleasă și ca o *medicină "personalistă"*. Cu alte cuvinte, se susține că în acest fel se poate asigura un contact *interpersonal* între bolnav și medic, contact care este condiția exercitării unei veritabile "medicină a persoanei". Cităm din A. Vincent: "persoana umană a bolnavului trebuie să fie considerată în totalitatea sa și cu respect. Persoana medicului, de asemenea, pentru a fi totalmente eficace trebuie să fie respectată". Ignorarea *persoanei* dezumanizează medicina. Contactul medic-bolnav pe care-l preconizează unii reprezentanți ai acestui curent este diferit de cel *indiferent* (ca în examenele de medicină preventivă) și de cel în care bolnavul are o poziție de inferioritate, de dependență, de supunere (ca în spitale). Încrederea, ducând până la confesiune, se obține greu în condițiile în care un oarecare bolnav se adresează unui oarecare medic. "Medicina persoanei" este aceea care dă atenție convenientă problemelor de viață și atitudinii față de boală. Dacă "medicina psihosomatică se exercită cu capul, medicina persoanei se exercită cu inima, păstrându-și capul deștept" (Vincent, 1964). Această "medicină a persoanei" cere omnipracticism (perspectivă globală asupra omului!), liberă alegere, discreție, *disponibilitate* medicului. "Dacă pacientul cere specialistului înainte de toate calități tehnice incontestabile, el pretinde din partea omnipracticianului o mare disponibilitate și o largă înțelegere" (P. Milliez). Dar pentru că fundamentul ei este dragostea de semen, ea se situează la *antipodul individualismului*. Subliniem că "medicina persoanei" acordă mare importanță *persoanei* medicului în calitate de *agent psihoterapeutic* (De Maeder). Favez-Boutonnier (1962) deosebea tipul de *medic-mecanician*, care poate fi substituit prin alt tehnician, și tipul de *medic-magician*, unde medicul este singularizat în raport cu bolnavul. Evident, în cazul chirurgiei de urgență (și în alte cazuri) distincția se șterge; dar ea este capitală (după Vincent) în cazul bolnavilor funcționali (și, desigur, pentru psihoterapie).

Câteva probleme psihologice ale educației sanitare

De importanța educației sanitare, recunoscută de marii teoreticieni și practicieni ai medicinei, nu sunt convingiți întotdeauna nici pacienții, nici medicii și, mai ales, nu sunt convingiți totdeauna cei sănătoși. Firește, educația sanitară a stat mai întâi în centrul atenției promotorilor medicinei *preventive* ("profilaxia începe și se termină cu educația sanitară", scria N. A. Semaško în 1927). Educația sanitară este însă și la baza *colaborării dintre terapeut și bolnav*.

I. Hațieganu vorbea (1956) despre "terapia psihocerebrală activă", înțelegând prin aceasta "continuitate și perseverență în a explica pe înțelesul bolnavului și după nevoile lui tulburările și mecanismul lor și terapia inițială" pentru ca astfel să devină "un auxiliar prețios, ajutându-ne pe noi în îngrijirea lui printr-o colaborare disciplinată și sistematică". Se poate spune că, în general, "cooperarea populației cu autoritatea sanitară" este o *condiție primordială a eficacității oricărei acțiuni medicale* (L. Viborel, 1956). În sfârșit, educația "sanitară" are un scop educativ general și trebuie să ne însușim teza lui J. Burton, după care "*cine spune medic, spune educator*". Cunoștințele "antropologice" (despre om) vehiculate cu această ocazie sunt o parte însemnată a câștigului informativ și formativ realizat prin educația sanitară.

Obiectivul principal al educației sanitare constă în dezvoltarea în rândul populației – începând cu vârsta copilăriei – a unei "conștiințe igienice" și a unui comportament corespunzător.

Trăsăturile specifice fundamentale ale unei activități educativ-sanitare eficace sunt în număr de trei: a) caracterul de masă; b) orientarea științifică; c) caracterul optimist și mobilizator.

Orientarea științifică înseamnă, între altele, să pornești de la cunoașterea realității de teren: starea sanitară a populației, ca și mentalitatea acesteia. S-a vorbit, de aceea, de un "diagnostic" al stadiului de cunoștințe și de ignoranță (P. Delore, 1960), de o *diagnoză educațională*, de un "diagnostic educativ-sanitar al grupelor de populație" (P. Penciu, 1964), care să precadă *tratamentul*, un tratament realizat prin măsuri educative și campanii propagandistice adecvate.

De asemenea, se cere analiza *cauzelor* unui comportament greșit, a reacțiilor stereotipe sau a *rezistențelor* față de indicațiile și recomandările medico-sanitare. Acestea din urmă ridică probleme complexe și subtile de etnografie, de psihologie socială, psihosociologie și chiar de psihologie abisală. În cadrul cercetărilor de teren, un mare interes îl are cunoașterea *imaginii mentale*, răspândită în populație despre o boală sau despre alta – cu tot ce conține ea ca prejudecată sau ca superstiție (C. Fréour, 1959).

În fond, "lupta" principală a educatorilor sanitari se duce cu superstițiile, cu unele prejudecăți, cu inerția.

Superstițiile reprezintă o problemă complexă. Originea și persistența lor se găsește în observația necontrolată, în amestecul nedorit al afectivității, în concepțiile magice și mistice etc.

Superstițiile reprezintă, în parte, și reminiscentele unor *prestiințe* – fiind alimentate de speculațiile *paraștiințifice*: fiecare știință își are "complementul" ei superstițios (astronomie-astrologie, chimie-alchimie, psihologie-spiritism, matematică-numerologie). Superstițiile au rădăcini *istorice-culturale*, rădăcini *parapsihologice*, rădăcini *psihiatrice* (legate de boli mentale de tip schizofren sau paranoid) și rădăcini *patologice* banale (boala produce o regresie spre o mentalitate "magică").

Prejudecățile sunt de nenumărate feluri: ele pot ține de semi-doctism, de gândirea "autistă" (analizată de Bleuler), de "logica afectivă" (analizată de Ribot), de cultura livrescă, de influența unui nume cu autoritate, de mentalitatea *dominantă* a unei epoci, de dogmatism etc.

În epoca noastră, cu succese indiscutabile ale medicinei științifice, s-au constituit prejudecăți *sui-generis*: cea a omnipotenței unor mijloace terapeutice (ex. antibiotice) – la pacienți, cea a futilității aspectului psihoterapeutic – la unii medici etc. Asupra acestor aspecte nu vom insista.

Printre prejudecăți trebuie să menționăm *imaginile mentale* despre anumite boli, răspândite în populații.

Ca un corolar (sau o latură) a muncii educativ-sanitare, medicul trebuie să lupte *pentru* o imagine științifică asupra bolilor, *împotriva*

activității necontrolate de tip *Kurpfuscher*, pentru a câștiga simpatie în favoarea medicinei oficiale, a instituțiilor care o întrușează și o prezintă, a medicilor, a măsurilor preconizate. Aici se încadrează și activitatea de Cruce Roșie, propaganda pentru recoltarea sângelui etc. De mare însemnătate (de însemnătate centrală) este lupta pentru o viață igienică, pentru solicitarea precoce a asistenței medicale în caz de îmbolnăvire, împotriva autotratamentelor, a medicației empirice, dar și a "farmacomaniei". Este o luptă împotriva ideilor greșite, a spectrului amenințător al unor boli (ex. cancerofobia) și pentru lămurirea posibilităților actuale ale medicinei. Subliniem încă o dată necesitatea educării unei atitudini corespunzătoare față de medic, atitudine care nu trebuie să se rezume la respectul "abstract" al persoanei, ci trebuie să se concretizeze în respectul față de energia, timpul, repausul său etc.

Inerția este mai greu de învins. S-a remarcat la public, în multe anchete efectuate, fie o lipsă de interes față de problemele educației sanitare (nepăsare etc.), fie un "interes pasiv", adică lipsa dorinței de acțiune (există dorința de a ști, dar nu și cea de a folosi cunoștințele) (J. Broyelle și J. Chasteland, 1963; V. Pavlid și Steliana Manțu, 1963). De aici, nevoia de a utiliza tot arsenalul de mijloace captative de atenție (*blickfang*-ul în afișe, afișele satirice, de agitație, de propagandă; mijloacele audiovizuale etc.), de mijloace stimulativă. O dată interesul deșteptat pentru o anumită problemă, trebuie realizată convingerea referitoare la importanța ei și acțiunea în vederea traducerii în practică a recomandărilor date (J. Burton, 1956).

S-a remarcat pe bună dreptate (J. Hall, 1963) că "boliile interesează populația mai mult decât sănătatea, deoarece în timp ce sănătatea nu se simte, simptomele bolii supără". Adevărul este că "boala mărește dimensiunile ființei în proprii săi ochi" (Ch. Lamb, 1905) și astfel bolnavul devine dintr-odată extrem de sensibil la tot ceea ce are legătură cu medicina. Lumea perceptuală a sănătății și a bolii nu este aceeași. Însă nu este aceeași nici lumea perceptuală a medicului și a bolnavului, a medicului (educator sanitar) și a celor pe care vrea să-i educe. Cercetări *ad hoc* de psihologie socială, care au analizat cauzele eșecurilor unor campanii de informare (H. Hyman și

P.B. Sheatsley, 1947) au arătat că: 1) în orice populație există un nucleu ireductibil de cei ce "nu-știu", ironici, impermeabili la acțiunile de lămurire; 2) interesul sau lipsa de interes au tendința de a fi generalizate la diferite sectoare (de ex. cel care se interesează de politică se interesează și de sport; 3) indivizii caută informațiile care se acordă cu atitudinile lor prealabile; 4) indivizii interpretează diferite aceași informație; 5) faptul de a fi informat nu modifică în mod necesar atitudinile.

Allport a introdus conceptul de *procepție*, care să cuprindă "percepția" influențată de cultură, de relațiile din trecut, de obiceiuri, de direcționarea afectivă etc. Putem spune deci că *procepția* bolnavului în raport cu boala este diferită de cea a omului sănătos și de cea a medicului. Witkin a conturat două tipuri proceptive: *dependent* și *independent* față de "câmpul" de influențe la care este supus. Goldstein deosebea stilul concret și stilul abstract al operațiilor cognitive. E. Frenkel-Brunswick a descris tipul cu intoleranța la ambiguitate. Barron a opus, în acest sector, *simplicitatea* și *complexitatea*. Educatorul sanitar este, în general, independent față de câmp, intelectualizat (și intelectualizant) și abstract; dar lumea în suferință nu vrea atât instrucții raționale, cât aprobare, asigurare, speranță - publicul este *field-dependent*.

Este interesant că și "durerea" (ca *procepție*) are variații culturale, deși pragul de sensibilitate (ca *percepere*, fiziologic) poate fi același. Plângerile cu care se prezintă bolnavul la medic au o coloratură etnică: pentru italieni, suferința este o mizerie fizică ce trebuie suprimată și uitată; evreul se gândește la repercusiunile de viitor; americanii "nu se plâng", caută mijlocul de a suprima suferința pe cale științifică, iar *expectația* de viitor este în general optimistă (M. Zborowski, 1952). Susser și Watson menționează că și reacțiile fiziologice la durere par a fi legate de sistemul de credințe și de valori. Africanul nu reacționează prin șoc la răniuri mutilante, deși sensibilitatea sa "nervoasă" la durere este excepțională. Femeia africană reacționează *excesiv* la durerea dată de o anexită gonococică, deoarece se teme de sterilitate. Unele *procepte* au o ancorare de clasă (O. G. Simmons, 1957): "la clasa mijlocie există un foarte accentuat

simț al responsabilității față de propria sănătate; la cei care trăiesc de azi pe mâine, accentul se pune pe preventiv; ceea ce se înțelege prin curățenie, ca și semnificația ei - are certe influențe de clasă". Unele rigidități proceptive de origine local-culturală pot fi foarte nocive pentru sănătate: la zuluși, există (sau exista) credința că bolnavul contagios este un vrăjitor; în unele regiuni din India, o vacă bolnavă poate genera compasiune - în timp ce un om bolnav poate fi privit cu antipatie, suspicionându-se că ar putea aduce ghinion (B. D. Paul). Procepția socială se repercutează și asupra modului în care este privită atitudinea medicului: în India rurală, medicul ce pronunță un prognostic ferm este considerat o "figură puternică"; în Chile - pur și simplu "un arogant".

*

Oricum, educatorul sanitar trebuie să învețe să privească și la "ochelarii săi" (și nu numai *prin* aceștia) (Allport).

O problemă esențială a educației sanitare este *continua educare a educatorilor*.

Educația educatorilor sanitari este, printre altele, o "educație sentimentală", ca și o educare a simțului practic, a abilității, tacticii și diplomației în relațiile dintre oameni.

Mai ales în mediul rural și în mediul exotic (printre "primitivi"), medicul trebuie să dea dovadă de un larg spirit de înțelegere și să accepte momentan chiar compromisurile cu unele credințe sau obiceiuri locale, eventual să se folosească de acestea prin "stratagemă" bine gândite. Foarte instructivă ni se pare lectura amintirilor lui Victor Heiser, - membru al Fundației Rockefeller - care, în cursul misiunilor sale epidemiologice și filantropice în 60 de țări, a înconjurat de 16 ori globul pământesc. Dăm câteva exemple: pentru a convinge membrii unui trib că vaccinul nu este aducător de lepră, s-au inoculat în public primarul, șeful poliției și Heiser însuși; unui lucrător recalcitrant care-l amenința, îi declară că tocmai a avut *satisfacția* de a asista la înmormântarea cuiva care a refuzat să se vaccineze și că asemenea cazuri îi dau ocazia să facă în ziare propagandă pentru vaccinare; un alt autor

a notat că într-o regiune din India, unde vaca este un animal sfânt ce nu poate fi muls, *tabu*-ul a putut fi ocolit prin introducerea laptei-lui-praf; V. Heiser a căutat să răspândească ideea după care nume-roase îmbolnăviri sunt *imputabile* bolnavului.

Educația sanitară ratată poate fi izvor de *iatrogenie*, de anxietate, de ipohondrie, de autosugestie negativă. Iosif Macavei a observat chisturi mamare generate prin autoexaminarea abuzivă a sânilor, cu malaxare "intempestivă".

Alături de mijloacele de educare în masă sau în grup, educația sanitară trebuie să acorde locul cuvenit *sfatului individualizat* (Penciu).

*

Educația sanitară în spital are particularitățile sale, vizând între altele: a) colaborarea (cooperarea) strânsă a bolnavului la terapeutică (Hațieganu); b) asigurarea unei atmosfere morale care să evite dezorientarea afectivă și sentimentul de însingurare a celui internat (S.E. Tillock, 1961); c) respectarea liniștii bolnavului și cruțarea sa de *stress* - din partea familiei și a vizitatorilor; d) asigurarea liniștii, ordinii, curățeniei în unitatea spitalicească; e) profitând de internare - administrarea unor lecții de educație sanitară generală. Obiective și un conținut analog (dar nu identic) îl are educația sanitară în policlinici. Subliniem că fiecare consultație dată de medic poate fi o ocazie de *educație sanitară*, de lămurire a unor neclarități, de combatere a unor superstiții și a unor prejudecăți sau a unor mentalități *en vogue*, cum este aceea a administrării cu *orice preț* a medicamentelor sau a complacerii în "polifarmacie". Dar, - din nefericire -, adeseori medicul, prin atitudinea sa, *întreține* o mentalitate defectuoasă sau dă un rău exemplu (tabagism, neglijarea propriei sănătăți, viață dezordonată etc.).

În mod diferențiat se aplică educația sanitară în întreprinderi industriale, în mediul rural și în școli. Cu privire la acest ultim aspect vom menționa că educația sanitară trebuie să includă (și după părerea

noastră) noțiuni de igienă a muncii intelectuale ca și deprinderea unei bune îmbinări a muncii cu repausul. Oricum, școlii îi incumbă sarcina de a dezvolta obișnuințele privind igiena individuală. Cât despre *educația sexuală*, ea ridică probleme care se intersectează doar cu sfera educației "sanitare".

*

Educația sanitară trebuie să folosească în proporții adecvate declararea și sublinierea adevărului și "tăcerea"; convingerea, ca și sugestia; înțelegerea rațională, ca și refluxul condiționat ori adeziunea afectivă; repulsia și teama, ca și sensibilizarea la avantaje și la valori.

Imaginile izbitoare, ca și "ideile-forță", raționamentele mai complicate, ca și lozincile - se cer îmbinate în mod judicios pentru a se obține rezultatele pozitive scontate.

Terapia psihologică

Introducere

Tratamentul psihologic reprezintă o parte importantă a activității oricărui practician al medicinei (nu numai a psihiatrului). El a fost definit ca "ansamblul mijloacelor prin care acționăm asupra spiritului bolnav sau a corpului bolnav prin intervenția spiritului" (Camus și Pagniez). Teoretic, psihoterapia nu ar acționa decât prin semnificația psihologică a mijloacelor întrebuințate, în timp ce terapiile somatice ar acționa prin proprietățile lor fizice. În realitate, nu există o limită netă între mijloacele care aparțin celor două categorii pentru că în terapia psihologică intră, în afara unui anumit număr de tehnici *ad hoc* trecute în revistă (incomplet) în prezentul capitol, și toate atitudinile bolnavului față de medic, față de boală și față de el însuși. Reamintim că, după Balint, medicul este el însuși un remediu (iar medicul bun este uneori cel mai bun medicament). Intră și atitudinile altor persoane, ca și atitudinea bolnavului față de corpul, viața și boala sa.

Medicul acționează, în primul rând, risipind anxietatea bolnavului și însușindu-i convingerea (sau măcar speranța) că se va vindeca. Acest "reconfort" este *terapia de susținere* (psihoterapia suportivă). Premisa ei este o atmosferă de *înțelegere*; pentru realizarea ei este necesară (și uneori suficientă) intuiția și simpatia. Posibilitatea de codificare a acestei psihoterapii a fost considerată, de către unii, imposibilă; totuși, este prețioasă indicarea celor mai frecvente *greșeli* care se fac în acest prim contact cu bolnavul. Ambiția psihoterapiei de a deveni o *metodă științifică* implică stabilirea unor reguli precise de indicații și de posologie.

După Balint, scopul psihoterapiei în practica generală este de a "elibera oamenii, în măsura posibilului, de suferințele inutile ale existenței umane".

Psihoterapia se poate împărți în psihoterapie "directă" (din care fac parte terapia de persuasiune, hipnoza, sugestia etc.) și în psihoterapie "indirectă". În această ultimă eventualitate, se intervine asupra pacientului prin semnificația psihologică a diverșilor factori întrebuințați (terapeutică prin joc, terapia prin artă, ergoterapia etc.). După Delay și Pichot, s-ar putea sistematiza terapeuticele psihologice în trei mari categorii, după mecanismele fundamentale puse (aparent) în joc:

a) *Terapeutică dialectică*, în care intră metodele psihoterapiei în cursul cărora personalitatea bolnavului (și în special imaginea pe care o are despre el însuși) se modifică. Această modificare permite bolnavului să reintegreze în conștiința sa conținuturi până atunci inconștiente. Aici ar intra psihanaliza, analiza existențială, psihoterapia non-directivă a lui Rogers, psihoterapia de tip Balint.

b) *Terapeutică bazată pe sugestie*, unde distingem terapia de persuasiune a lui Dubois, hipnoza, sugestia, visul treaz al lui Descille, relaxarea progresivă a lui Jacobson, "training-ul autogen" al lui Schultz, metoda Vittoz etc.

c) *Terapeutici catartice* - care se bazează pe valoarea terapeutică pe care o posedă măturisirea și reviviscența amintirilor cu puternică încărcătură afectivă, reprimite în stare normală. Întrebuințată inițial de Breuer și Feud cu ajutorul hipnozei, această terapeutică a fost ulterior practică utilizând efectul favorizant al drogurilor psihotrope (narco-analiză, *weck*-analiză, oniro-analiză). De fapt, în aceste diferite metode mecanismele psihice care intervin sunt variate după cazuri, catarsisul nereprezentând decât una din modalitățile posibile. *Terapeutică prin joc* la copii are și ea un efect de eliberare, permițând o ameliorare a comportamentului. *Terapia prin artă* (eliberare, recreare și purificare mentală) intră parțial în aceeași categorie.

La acestea mai adăugăm *psihoterapiile de grup*, care folosesc acțiunea binefăcătoare, rezolutivă și reeducativă a comunicărilor în interiorul unui mediu organizat într-un scop terapeutic.

*

Cu titlu informativ, amintim clasificarea de interes istoric a lui Hughes (1909) care deosebea: a) psihoterapia generală (care participă la orice act medical); b) dietetica sufletului (obiectivă); c) retorica medicală (subiectivă) și d) hipnoza (comparată cu o *intervenție chirurgicală* asupra sufletului).

Din punctul de vedere (de actualitate) al triadei "substanță-energie-informație", psihoterapia este o *terapie informațională* (V. Enătescu, 1982), mai precis - o terapie prin comunicare interumană. Psihismul poate fi influențat pe *calea substanțială* (la nivel ionic - prin litiu, bromuri, calciu; la nivel molecular - prin hormoni, vitamine, vasodilatatoare și psihotrope; la nivelul rețelilor neuronale - prin neurochirurgie și psihochinezie). Pe *cale energetică* acționează climatoterapia, fizioterapia, electroșocul.

Terapiile *informaționale* subsumează cele bazate pe comunicare directă sau prin mecanismele informaționale de ajustare, învățare și autocontrol (dialogul, efortul placebo, psihoterapii speciale, terapii prin *biofeed-back*, socioterapii, inclusiv ergoterapia).

Psihoterapii simple

Există o serie de psihoterapii simple, care n-au doar un interes istoric.

Faptul că acestea nu sunt sistematizate și nu sunt expresia unor teorii nu înseamnă că nu sunt și ele "medicații psihologice" și că pot fi neglijate.

a) *Terapia prin repaus*.

b) *Terapia prin izolare*. După Vauvenargues "solitudinea este pentru spirit, ceea ce este dieta pentru corp". Ph. Pinel a folosit izolarea bolnavilor de cei care manifestau o "afecțiune imprudentă", pentru a le schimba "atmosfera morală". Charcot vorbea de ruperea "cercului magic"; preconiza izolarea istericului de mediul care-i întreține dorința de "a juca teatru". Astăzi vorbim de "deconectare".

c) *Terapia prin activitate*. Inactivitatea este dăunătoare pentru grupe largi de nevropați. Dar și pentru omul sănătos cea mai bună odihnă este o *altă formă* de activitate (G. Enescu). Eficacitatea maximă o are preocuparea care implică pasiune (Brémond): ceea ce numim azi un *hobby*.

d) *Mișcarea fizică în cadrul psihoterapiei*. Exercițiile musculare sunt un bun derivativ al tensiunilor psihice - după cum arată cercetări de psihologie, de psihosomatică și de fiziologie a activității nervoase superioare.

Dar exercițiile musculare trebuie privite nu numai ca un debușeu de energie psihonervoasă, ci și ca un izvor de senzații pornite de la intercepatori și proprioceptori. Acționând totodată ca o solicitare sistematică a aparatelor circulator și respirator, gimnastica face un antrenament al funcțiilor de reglare vegetativă - ceea ce se repercutează asupra homeostaziei, asupra stăpânirii de sine și asupra pragului durerii. Gimnastica și sportul implică sentimentul efortului susținut și pe cel al învingerii dificultăților; sportul mobilizează energiile sub semnul competiției și, ca atare, favorizează integrarea și unificarea eului.

Gimnastica și sportul sunt în fruntea măsurilor recomandate de așa-numita *medicină formativă* (Al. Partheniu).

Cercetări *ad hoc* au arătat însă marea diferență între efectul fizic practicat ca exercițiu și cel în care există o componentă emoțională puternică; aceasta intervine nu numai în competițiile sportive, ci și în efortul fizic legat de tensiuni amicale (sau erotice). În ultimul, reacțiile sunt de *stress*, cu o descărcare puternică de catecolamine, cu o creștere a acizilor grași liberi impietând (mai ales *după* încetarea efortului) asupra vaselor și cordului. Aceste manifestări potențial nocive, pot fi evitate prin acțiunea blocanților receptorilor beta-adrenergici (propanolol) etc. - dar mai ales prin antrenament progresiv.

Mersul pe jos în diferitele sale ipostaze este recomandabil aproape fără contraindicații și are semnificații psihologice foarte variate (s-ar putea scrie o adevărată "filosofie a plimbării", A. Pană).

a) *Vesellie, bucurie, râs, umor*. Amintim că printre marii umoriști s-au întâlnit medici: de la Rabelais la Cehov în literatura interna-

țională, de la Dr. Urechia (Iodoform) la Aurel Baranga la noi. Totuși, medicina nu ia în considerare în suficientă măsură virtuțile terapeutice ale bucuriei, veseliei și umorului (deși Ch. Richet preconiza, undeva, un tratament prin râs). Acel *ridendo castigat mores* nu se extinde suficient la vindecare și la întărirea sănătății. Pentru fiziolog, râsul - ca și tusea și plânsul - nu este decât o întrerupere violentă a ritmului normal al mișcărilor respiratorii și ar avea efecte mai ales prin descongestionarea vaselor cerebrale (Buzoianu și Cotul, 1936). Pentru psiholog însă râsul este o "formă audibilă a surâsului" și este (James) o cale de a evada din seriozitate. Râdem când există o "bruscă creștere a vivacității în tonalitatea plăcerii" (Bergson).

Aristotel recomanda râsul ca pe un mijloc de întărire a plămânului, pentru a favoriza sănătatea generală a organismului, deci ca exercițiu fizic. Râsul lucrează însă prin componenta psihică "mărind energia vitală prin stimulare mentală" (Buzoianu și Cotul). Acel "*ris et tu engraisseras*" cuprinde probabil ambele componente. Lessing a întrevăzut rolul râsului în profilaxia morală. Oricum, din toate timpurile, *comedia* a jucat un rol constructiv în igiena mentală.

Dacă speranța este unul dintre mecanismele psihicului sănătos prin care omul încearcă să învingă un prezent nefavorabil, altul este *umorul*. Umorel este semnul unei libertăți spirituale, o cheazăie a depășirii situațiilor critice o promisiune a capacității omului de a se situa "deasupra vremilor" (nu este vorba, numai, de a face "haz de necaz"). Dramaturgul R. C. Carton scria: "mi s-a părut întotdeauna că umorul este pentru existență ceea ce este oxigenul pentru aerul pe care-l respirăm. ...Dacă umorul nu poate să ne elibereze complet de germeii nesănătoși ai durerii și ai mizeriei, rămâne cel mai bun dezinfectant pe care știința nu l-a descoperit". Mai multe cercetări independente efectuate asupra bătrânilor (dintre care amintim pe cele ale lui Jalavisto) au constatat că umorul este un însemnat factor al longevității. Școala lui Frankl, în cadrul "nooterapiei", utilizează *cultivarea umorului*.

Pentru că în spitale și policlinici se cere să fie cultivat un *fond* spiritual, o ambianță care să *redeștepte optimismul* lezat de starea morbidă, s-a vorbit (dar insuficient) despre rolul *zâmbetului* în

interacțiune medic-pacient. Buna dispoziție este nu numai reflexul unei sănătăți satisfăcătoare; este și o cale de a redobândi o sănătate fizică pierdută sau, cel puțin, o cale de a menține sufletul sănătos, în pofida unor mizerii fizice, adesea trecătoare. *Amândouă* aceste aspecte sunt de o mare însemnătate medicală.

Psihoterapii dialectice

Psihanaliza

După unii autori, aportul esențial al psihanalizei în domeniul de care ne ocupăm a fost, pe de o parte acela de a stabili o teorie a relațiilor bolnav-psihoterapeut, pe de altă parte (și plecând de la o experiență detaliată a acestor relații particulare) de a pune în evidență aspectul determinant al anumitor "relații" umane, în raport cu relațiile umane în general. Să adăugăm că printre aceste relații, nu trebuie neglijate acelea ale ființei cu sine-însuși (cu propria persoană) sau a anumitor "părți" ale ființei cu altele.

Terapeutică psihanalitică consistă în a dezvălui mecanismele de apărare nevrotică ale eului, de a-l ajuta să "accepte" pulsuniile inconștiente (din *id* = sine), să le integreze, să susțină *ego*-ul pentru a se armoniza cu *super-ego*-ul (supraeul), să modifice *supraeul* pentru a-l face mai puțin rigid. Descoperirea majoră a lui Freud a fost identificarea mijloacelor de a susține propria evoluție afectivă, întreruptă, a pacientului, subiectul fiind invitat să-și reia propria sa istorie de acolo de unde s-a fixat sau s-a oprit.

Metoda a fost comparată cu maieutica socratică; tehnicile urmăresc să aducă la lumină dinamica psihologică inconștientă, să favorizeze înțelegerea de către subiect a "rezistențelor specifice" cu care el se consumă într-o luptă cu sine-însuși, generatoare de nevroze.

Indicațiile majore ale psihanalizei sunt unele forme de nevroze. Inițial, cura a vizat reintegrarea amintirii traumatice în câmpul conștiinței (*abreacție*). Ulterior, Freud a introdus regula non-omisiunii: pacientul trebuie să spună tot ceea ce îi vine în minte, fără nici o

excepție; alături de analiza viselor, libera asociere a "ideilor" este o cale de a avea acces la inconștient. Psihanalistul devine o "oglinză" pentru pacient, care astfel "*ia cunoștință*" de sine, re trăiește situațiile infantile generatoare de nevroză și ajunge să se reintegreze. Dar esența psihanalizei pare să se găsească în *transfer* (transfer, *transfe-ranță*); psihanalistul este privit de pacient cu ochii cu care - în copilărie - își privea părinții; analizatul re trăiește conflicte afective infantile și le lichidează.

Tehnica psihanalitică este complexă; tratamentul este foarte îndelungat (luni sau ani). Rezultatul curei este prezentat de către promotorii ei ca o restructurare a personalității, cu o mai bună adaptare la realitate și cu o mai bună toleranță a vicisitudinilor vieții. În multe cazuri, psihanaliza dă greș sau provoacă agravări.

Din nevoia de a răspunde problemelor de urgențe, s-au ivit *psihoterapiile analitice* adică procedee terapeutice mai simple și mai directe, având în comun cu *terapia psihanalitică* folosirea reacției de transfer în spiritul psihanalizei.

*

În afara psihanalizei clasice a lui Freud (și a modificărilor descrise), metoda psihanalitică a cunoscut o serie de variante dintre care mai renumite sunt cele ale "disidenților" Adler și Jung.

Spre deosebire de Freud, Adler nu acceptă etiologia mai ales sexuală a nevrozelor (mai precis, importanța refuzării și a traumelor infantile). Punctul lor de plecare ar fi, frecvent, un sentiment de inferioritate ("complexul de inferioritate") rezultat poate dintr-o infirmitate organică și compensat printr-o tendință de *afirmare* ostentativă sau prin agresivitate. Terapeutică adleriană pleacă și ea de la analiza amintirilor, a asociațiilor de "idei" și a viselor. Analiza lor servește medicului să demonstreze caracterul imaginar al decepțiilor sale pentru a-i propune soluții de mai bună adaptare. Studiul caracterologic, al *stilului de viață* (noțiune capitală!) este utilizat pentru înțelegerea bolnavului și pentru direcționare.

Tezele lui Adler sunt importante pentru psihoterapeut, deoarece ele arată că dinamismului eului i se pot datora compensări și chiar supracompensări uluitoare. Reamintim că, în tinerețe, A. Adler, oftalmolog, a fost izbit de faptul că performanțele vizuale se datorau nu rareori celor cu defecte *anatomice* ale aparatului vizual. Tezele lui Adler sunt, în fond, foarte optimiste, arătând că *acel bon usage de la maladie* face parte din mecanismele fundamentale ale personalității.

Psihoterapia lui C. G. Jung a avut cândva un mare succes în Elveția și în țările anglo-saxone. În concepția sa despre inconștient, el introduce (alături de sectorul inconștientului personal) sectorul "inconștientului colectiv", iar pentru a înțelege semnificația simbolurilor, recurge la izvoarele cele mai variate din istoria culturii. Pentru C. G. Jung, *libido* este un fel de "energie vitală", iar evoluția interioară decurge printr-o depășire dialectică, "irațională" însă, a contradicțiilor. Metoda sa combină diverse metode de contact și acțiune. El distinge un plan catartic, un plan de transfer, un plan de educație și un plan de metamorfoză a personalității.

Jung tinde să minimizeze importanța transfertului, "artefact al tratamentului", ceea ce deosebește radical metoda sa de aceea a psihanalizei propriu-zise. Grijă educativă și aceea a transformării idealurilor par să predomine asupra preocupărilor propriu-zis psihologice (și de psihologie mai ales abisală, pulsională), în care se cantonează metoda lui Freud.

Este cunoscut interesul central al lui Jung pentru expresiile vieții inconștiente colective (*arhetipuri*). Pentru noi este important să reținem că *medicul* corespunde el însuși unei imagini arhetipice, de vindecător (sau chiar de *mântuitor*).

Psihoterapia non-directivă a lui Carl R. Rogers

Psihoterapia non-directivă este "centrată pe client" ("client-centered"). Funcția esențială a terapeutului ar fi aceea de a *asculta*. Atitudinea non-directivă nu este însă o atitudine pasivă, de nepăsare. Psihoterapeutul are a-și asuma, în măsura posibilului, punctul de

vedere intim al pacientului: a percepe lumea așa cum o percepe pacientul, a-l percepe pe pacient așa cum se vede pacientul însuși (sau cum ar dori să fie) și a comunica pacientului ceva din această înțelegere simpatetică. Scopul metodei este de a obține întărirea eului și apropierea sa de idealul personal prefigurat.

Analiza existențială (Daseinsanalyse) și psihoterapia

Analiza pleacă de la o serie de considerente din filosofia lui Heidegger. Aplicarea acestei metode a fost făcută de L. Binswanger, von Gebattel, Kuhn, E. Minkowski, H. Ey.

Analiza existențială pune în evidență, la anumiți subiecți, coexistența a două "lumi" diferite (sau a două "existențe": autentică și inautentică) și tocmai conflictul, tensiunea dintre aceste două "lumi" furnizează cheia care permite înțelegerea stărilor de conștiință ale subiectului. Subliniem că perspectiva existențialistă este *antropologică* și *axiologică* (omul este văzut ca *homo spiritualis*, creator de valori și cu aspirație către valori - în opoziție cu perspectiva psihanalizei care vede în om mai ales un *homo reagens* și un *homo naturalis*).

Se insistă asupra importanței de a distinge "biografia interioară", adică felul în care se construiește viața proprie, subiectivă a subiectului, de biografia banală, rezultând din desfășurarea mai mult sau mai puțin întâmplătoare a evenimentelor.

Logoterapia

Această psihoterapie elaborată de V. Frankl pornește de la o anumită concepție despre structura persoanei. Logos înseamnă totodată *sens* și *spiritualitate*; dar "spirit", în înțelesul particular dat acestui cuvânt, nu este nici *ratio* (*Verstand*), nici *intellectus* (*Vernunft*). "Spirit" înseamnă, de exemplu, capacitatea de a te distanța și de a lua atitudine față de planul psihofizic-organismic. Dacă se poate vorbi de un paralelism (sau de unitate) *psihofizică*, se poate vorbi de un

antagonism *psihonoetic*. Cu alte cuvinte, suntem bolnavi cu corpul și cu sufletul, dar cu toate acestea putem fi liberi să luăm o atitudine față de organismul nostru bolnav. "Spiritualitatea" (văzută în acest sens), libertatea și responsabilitatea sunt *existențialele* care caracterizează omul. Boala este o *afecțiune* pentru organismul psihofizic, dar este *suferință* pentru persoană (*homo patiens*) Boala are un *sens* pentru persoană și poate fi *valoare*. Ceea ce este spiritual-personal în om alcătuiește, prin opoziție față de *psihologia abisală*, o *psihologie a înălțimilor*.

O noțiune centrală este *decizia*. Orice decizie este însă decizie referitoare la *eu* și, de aceea, autostructurare. Decizia de azi este (devine) *pulsiunea de mâine*.

La baza multor nevroze, găsim fuga de răspundere și rușinea de a fi neliber. Sentimentul dominant este lipsa de *sens*; putem vorbi deci de o *frustrație existențială*, de un "vaccum existențial" - deseori diagnosticat, după fațadă, ca o frustrație sexuală. Psihoterapia trebuie să cultive și să susțină *voința pentru sens* (aceasta în ciuda concurenței pe care i-o face *voința de putere* sau de bună-stare materială). Insistența asupra acestor aspecte i se pare lui Frankl necesară deoarece *somatologismul* și *psihologismul* științei contemporane au acoperit specificul vieții spirituale, iar *patologismul* a dus la o deprecieri categorică a tot ce este *suferință*. Dar nu putem înțelege omul fără a admite, de exemplu, că pot exista adevăruri spuse de bolnavi mentali și *suferință* în stare de perfectă sănătate. Întâlnim aici același cu toate că, ignorat în schematismele simpliste.

Logoterapia este și *grija medicală* pentru "suflet", exercitată de un *medicus humanus*. Prin aceasta urmărim restabilirea capacității de muncă creatoare, de receptare a bucuriilor vieții, dar și de *suferință* - întrucât și aceasta are o "valoare de trăire" (*felix dolor*). Frankl (*Homo patiens*, 1950) a făcut tentativa elaborării unei teorii ("patodicee metaclinică") care să răspundă la întrebarea: *pentru ce suferim?* Suferința are, după Frankl, demnitatea etică (sensul jertfei!) și "relevanța metafizică": *suferința îl face pe om clarvăzător și sensibil*. Poziția aceasta este diametral opusă aceluia care vede în viață o sursă de satisfacție, care duce la teza "nefericirii de a fi nefericit" (Joelson).

Frankl crede că rangul axiologic al lui *homo patiens* este mai înalt decât cel al lui *homo faber*. Intenția psihoterapiei este *vindecarea*, dar *efectul* ei poate să se apropie de o adevărată "mântuire". Medicul care reușește să-l facă pe bolnav să găsească un *sens* suferinței sale, a obținut un succes psihoterapeutic major.

Logoterapia este, apoi, terapie specifică pentru nevrozele *noogene*. Prin acest termen Frankl înțelege nevrozele care rezultă dintr-un conflict de conștiință sau dintr-o problemă axiologică (de valori). Statisticile arată că 10-25% din nevroze sunt *noogene*. Logoterapia încearcă să *lărgescă câmpul de valori al pacientului*, să-i descopere un *sens* al existenței sale personale, să-i deștepte simțul responsabilității în raport cu realizarea (concretizarea) potențialităților intrinseci.

Logoterapia este în sfârșit și o *terapie nespecifică*. Prin luare de atitudine față de simptom, prin recăștigarea libertății de a manevra în sectorul psihic, *persoana* poate întrerupe cercuri vicioase, poate evita *întărirea* și *fixarea* simptomelor. Eficacitatea este reală în nevroze anxioase și fobice. Pacientul va fi îndrumat să vină *înaintea* simptomului de care se teme, să-l anticipeze sau să-l dorească (*intenția paradoxă*). *Umorul* este una dintre căile prin care bolnavul se poate distanța de simptom și îl poate domina. Pentru Frankl - și umorul ar trebui numit un *existențial* uman, nu numai angoasa (Heidegger) sau dragostea (Binswanger). "Intenție paradoxă" înseamnă, de pildă, să nu lupți ca să alungi o idee parazită, ci să o chemi deliberat și *ironic* în conștiință - până la suprasaturație, până la plictiseală.

Alături stă *dereflexiunea*. Nevroticul caută să compenseze o insuficiență cognitivă de esență printr-o pedanterie, scrupulozitate și o hiperreflexiune de suprafață (asociată deseori cu o "hiperacuzie a conștiinței"). Nevroticul își dorește o cunoaștere absolută la baza oricărei decizii banale. Dereflexiunea urmărește *ignorarea* și *uitarea* propriei ființe. Această se face prin "dăruire" într-o acțiune. Umplerea "vacuumului existențial" acționează *antipatogen*.

Frankl recunoaște, așadar 1° pasivități defectuoase (fuga nevroticului de angoasele sale); 2° activități defectuoase (lupta cu tendințele compulsive, intenția "forțată" în voluptatea sexuală - la

impotenți); 3^o pasivități juste: ignorarea (dereflexiunea) și ironizarea (intenția paradoxă) simptomului; 4^o activități juste (a exista *pentru* ceva sau *pentru* cineva).

Logoterapia nu trebuie confundată cu metodele *persuasive*.

Psihoterapii directive

În acest cadru ar intra mai întâi o serie de terapeutici nesistematice a căror acțiune sugestivă nu este conștient folosită pentru a restaura sănătatea. Ele fac apel la inteligență, rațiune, sentimente morale și chiar religioase.

Vindecărilor "miraculoase" "sau magice" își au, în parte, același mecanisme.

Terapeutică de persuasiune își găsește cea mai tipică prezentare în lucrările lui Dubois asupra psihonevrozelor (1904). Dubois trata servindu-se de "cuvintele antrenante". Prin conversații, el căuta să înlocuiască "ideile absurde" ale bolnavului prin "gânduri filosofice".

Hipnoza și sugestia sunt cunoscute din antichitate și se regăsesc sub forme variate în toate civilizațiile*.

Reamintim că în secolul al XVIII-lea, Anton Mesmer (1776) a formulat teoria "magnetismului animal", după care un fluid curativ se transmitea de la un subiect la altul. Studii asupra fenomenelor implicate s-au reactualizat în Anglia cu James Braid (1843) și în Franța cu Liébault (1860); ei au combătut teoria fluidelor și au introdus termenii de azi. Liébault a fost primul care a aplicat hipnoza pe scară largă în scop terapeutic. Alături de Bernheim (de la Nancy), Charcot (1878) și școala lui de la Salpêtrière au prezentat pentru prima dată fenomenele hipnotice ca fapte de experiență și ca date de investigație științifică.

Tehnica variază după experimentator și după bolnav, fiecare hipnoterapeut dezvoltându-și tehnica sa de inducție pe care o adaptează la pacient. Nu vom insista asupra acestor aspecte.

Aplicările hipnozei sunt de trei categorii. Hipnoza poate fi utilizată ca metodă de sugestie directă în scopul de a ușura anumite simptome; ea poate fi utilizată ca un *catarsis*, metodă de descărcare emoțională și, în fine, ea se poate combina cu psihoterapiile "luării de cunoștință" (terapii vizând reeducarea atitudinilor, tehnică de abreacție, hipnoanaliză).

Indicațiile hipnozei sunt foarte largi. S-a utilizat hipnoterapia în diverse tulburări funcționale; în gastroenterologie, urologie, cardiologie, ginecologie, dermatologie. În anesteziologie se utilizează hipnoza cu sedare preoperatorie, ca agent ușurând inducția anesteziei generale, ca sedativ postoperator. S-au obținut analgezii în diverse situații. De asemenea, hipnoza este folosită în nevrozele actuale (angoasă, astenie), în anumite nevroze caracteriale, precum și în sindroame psihosomatice cronice. Se consideră că psihoticii nu sunt hipnozabili. În psihiatria infantilă, s-au tratat cazuri de enurezis, bălbăieli, ticuri etc. Hipnoza nu presupune "somnia", ea poate fi o stare specială de veghe. În cazuri speciale, ea poate provoca sau vindeca leziuni.

Autosugestia conștientă este proprie metodei lui E. Coué (aplicată cândva și la noi în țară, în clinica profesorului Al. Obregia). Acest întemeietor de metodă a fost chimist prin studii și aplicație intelectuală, farmacist de meserie câțva timp, și nici măcar autodidact în ale psihologiei și medicinii.

Autosugestia tip Coué folosește *cuvântul*. Se recomandă, în primul rând, evitarea autosugestiilor verbale negative (astfel, cuvintele "greu, imposibil, este peste puterile mele, nu mă pot împiedica să..." trebuie să dispară din limbajul subiectului). În al doilea rând, se recomandă o autosugestie pozitivă nespecifică: în toate diminețile, la trezire, și în fiecare seară, subiectul va închide ochii și, *fără să fie atent* la ceea ce spune, va pronunța destul de tare ca să se audă, numărând pe o sfoară douăzeci de noduri, fraza: "din toate punctele de vedere, zi de zi sunt din ce în ce mai bine". Autosugestia trebuie să fie făcută într-un chip cât se poate mai simplu, mai copilăresc, mai mecanic și deci *fără cea mai mică sforțare*. În cazuri speciale, se adaugă și autosugestii speciale (pentru durere etc.). Pentru explicația

* Problematika sugestiei și a hipnozei a fost dezbătută, la noi, de Vl. A. Gheorghiu.

rezultatelor (care se obțin mai ales în tulburări funcționale cu bază organică reală) se vorbește de *captarea forțelor inconștientului*, "marele director al tuturor funcțiunilor".

Coué recunoaște rolul *favorizant* al fricii de boală pentru instalarea ei. Orice boală este dublă: "la orice boală fizică se grefează și una morală, predominantă". *Bolile fizice se vindecă mult mai ușor decât suferințele morale*. Coué a susținut că "nimeni nu ne poate da sugestii atât de puternice cum ne putem da singuri" și, împotriva părerii generale, a arătat că sugestia poate *vindeca leziuni organice*.

Sugestiile de decor și ritual în cadrul practicii medicale au fost semnalate de R. Liek. Peste orice act medical se suprapune o influență psihică; în cadrul acesteia, joacă un mare rol decorurile, ceremonialurile și ritualurile (o sală de operație modernă are o mare valoare psihoterapeutică!), dar mai ales *ecuația personală* a medicului. Orice acțiune medicală are două rădăcini: obiectivă (*sachlich*) și personală. Ca atare, arta vindecării nu se poate despărți de "miracol". În categoria "vindecărilor miraculoase", se pot îngloba și metodele medicale *la modă* și *en vogue* care: 1) au dat rezultate într-un număr de boli eterogene; 2) au dat rezultate excelente în mâinile creatorilor lor - și dubioase în alte mâini; 3) au dat rezultate *bune* în anumite medii social-culturale și mediocre în alte medii. Multe metode și tehnici care se adresează sistemului nervos vegetativ fac parte din aceste grupe. În aceleași categorii, se încadrează operațiile de întinerire de tip Voronoff și Steinach; anumite tratamente dietetice (cum ar fi dieta Gerson), radioterapice, homeopatice. *Teoriile* pe care se bazează (sau prin care se justifică) intervențiile nu rezistă întotdeauna criticii; inițiatorii lor fac greșeala de a deduce din succesele *personale* veracitatea teoriei.

Despre "credința care vindecă" a scris J. M. Charcot încă în 1893.

Psihoterapia de relaxare are unele elemente particulare. Din toate timpurile s-a cunoscut interacțiunea dintre gândire și *atitudini corporale* în sugestie și hipnoză. Metodele psihoterapeutice de relaxare derivă din unele mijloace utilizate de terapeuticele hipnozei și în tehnicile yoga.

Se folosesc grade variate de detensionare musculară și se aplică în tratamentul unor stări nevrotice și ale unor tulburări psihomotorii (ca ticuri, bâlbâieli, crampe "profesionale") sau în controlul anumitor tulburări psihosomatice. Cele mai cunoscute metode sunt *relaxarea progresivă* a lui Jacobson și metoda lui J. H. Schultz, de "*training autogen*".

Mai cunoscută e metoda lui Schultz (autorelaxarea "concentrativă"), care începe printr-un tratament cu ajutorul unui medic și continuă prin exerciții individuale. Tehnica cuprinde șase exerciții corespunzând "frazelor-cheie": "sunt complet liniștit", "brațele și picioarele sunt grele", "brațele și picioarele sunt complet calde", "inima bate regulat", "respirația este liniștită", "plexul iradiază cald", "simt o răcoare agreabilă pe frunte". Considerând că fiecare exercițiu cere în medie 15 zile, este necesară o durată de 3 luni pentru a câștiga un bun automatism. După circa 6 luni, "frazele-cheie" pot să se reducă la "cuvinte-cheie": liniștire, greutate, căldură, inimă calmă, respirație liniștită, plex cald, frunte răcoroasă. De la acest stadiu (numit "treaptă inferioară" sau "mică psihoterapie"), se trece la "treapta superioară" (mare psihoterapie): stadiul culorii personale, stadiul obiectelor concrete, stadiul obiectului abstract...

În ceea ce privește indicațiile, psihoterapia de relaxare poate fi utilizată atât ca "hipotensor" al rezonanței afective (naștere fără teamă, analgezie chirurgicală), cât și pentru potențarea mecanismelor intelectuale (ca atenția, concentrarea, memoria, *stăpânirea de sine* etc.).

Psihoterapia de sinteză și de reconstrucție - metoda Vittoz se bazează pe reeducarea receptivității senzoriale. Trebuie să-l ajutăm pe bolnav să "simtă" obiectele în modul cel mai elementar, evitând de a le conceptualiza. Dereglarea cerebrală-tip care beneficiază este psiastenien (pe care Vittoz o leagă de un defect de conexiune între "creierul conștient" și "creierul inconștient").

Exercițiile metodei lui Vittoz pot fi descompuse în: exerciții de cunoaștere, exerciții de concentrare, exerciții de voință.

Terapia comportamentală

În *terapia comportamentală* se cuprind metodele psihoterapeutice care își înscriu ca principiu condiționarea și decon condiționarea și ca mod de acțiune învățarea (și dezvățarea). Principalele metode ale terapiei comportamentale sunt:

a) *metoda inhibiției reciproce* (Wolpe, 1958) – constând din asocierea unui excitant necondiționat, incompatibil cu primul. Condiționarea (instrumentală) poate fi realizată prin recompensă, prin forma apariției unui excitant plăcut (întărire pozitivă) sau prin punițiune (întărire negativă). De exemplu, unui copil cu fobia de șoarece i se condiționează să primească o bomboană la fiecare apariție a unui șoarece, dar concomitența anxietății și a stării agreabile este exclusă (inhibiție reciprocă). La adult, recompensa poate fi indusă prin relaxare autogenă. Se obține a desensibilizare imaginativă, progresivă, sistematică la stimulii necondiționați patogeni. În psihoterapia fobiilor și a situațiilor anxiogene se recomandă exprimarea și formularea verbală a situațiilor și eventual protecția psihofarmacologică sau hipnotică. Desensibilizarea *in vivo* a fost preconizată de Meyer (1957), Freeman și Kendrick (1960);

b) *metoda inhibiției condiționate sau a practicii negative* (Dunlap, 1932; Hull, 1943) se bazează pe ipoteza conform căreia repetarea continuă a unei obișnuințe patologice poate determina dezorganizarea și stingerea acesteia. Gusturile și conduitele patologice reprobabile sunt exersate excesiv; metoda este utilă în nevrozele mixte sau motorii, ca ticuri sau balbisme. Nu este exclusă însă instalarea accentuării nedorite a răspunsului în locul inhibiției lui (Dilling, 1971);

c) *metoda aversiunii condiționate sau a terapiei prin aversiune*, numită astfel de Solyom și Miller (1967), susținută de Rochman și Teasdale (1969) - a fost folosită încă mai de mult (Hare, 1912), în tratamentul alcoolismului cronic (asociere cu apomorfina, producătoare de greață și de vărsături). Condiționarea

a fost realizată cu succes în enurezis, folosindu-se stimulul electric bine dozat (Wolpe și Lazarus, 1966);

d) *metoda condiționării operante* are un caracter pregnant pedagogic, întrunind dezideratul unei veritabile psihagogii; se combină, după caz, excitanți necondiționați cu caracter de pedeapsă sau de recompensă în funcție de conținutul - dorit sau, respectiv, reprobabil - al reacțiunii (comportamentului);

e) *metoda intenție paradoxă sau a modificării expectațiilor* este una dintre metodele preconizate în logoterapia lui V. Frankl. Principiul pornește de la ipoteza că simptomele nevrotice reprezintă reacții condiționate, întărite prin anxietate. Retrăirea situației priniceps anxiogene, în condiții de tranchilizare și protecție, duce treptat la dizolvarea simptomelor.

Între terapia comportamentală și psihanaliză există o *antiteză*. Wolpe (1963) vorbea despre o opoziție, legată de caracterul "neștiințific" al psihanalizei. Mai curând am putea vorbi (G. Ionescu, 1973) despre situarea lor la extremitățile unei scale a mecanismului și a activismului intervenției psihologice. Terapia comportamentală consideră simptomul ca un mod comportamental fixat printr-un mecanism reflex; psihanaliza - ca expresie a unor vechi situații conflictuale, trăite, refulate și uitate. Prima procedează deductiv; cea de-a doua, inductiv. Psihanaliza recurge la o investigație istorico-longitudinală; psihoterapia condiționării realizează o secțiune transversală prin efectuarea unui inventar simptomatic actual. Psihanaliza procedează obsesiv - terapia prin decon condiționare procedează impulsiv-intempativ. "Psihanaliza este de o prudență ce-i trădează scepticismul; decon condiționarea este de un optimism ce-i suspectează realismul" (G. Ionescu). Sunt posibile însă numeroase puncte de întâlnire între ambele metode.

Menționăm că s-au publicat studii de învățare condiționată (prin condiționarea operantă) a răririi sau accelerării ritmului ventricular, la pacienții cu fibrilație atrială (Bleecker și Engel, 1973). Stimulul mijlocitor a fost lumina colorată. Studii farmacologice au sugerat că acest control neurocentral al aritmiei s-a produs prin activarea căilor eferente colinergice.

*

Există și interpretări *informaționale* și *psihocibernetice* ale terapiei comportamentale. O teorie informațională a emoțiilor a propus-o Vimorov (1966). La nevrotici, în situații care ar cere un *feed-back* negativ (cu atenuarea reacțiilor și impresiilor) se manifestă un *feed-back* pozitiv: persistă reprezentarea evenimentelor neplăcute; iterațiile *împiedică* stingerea reacțiilor (Larragoiti, 1978). Prin repetiții memoriale, elementul de "noutate" al traumei se erodează; prin obșnuire, scade cantitatea de informație a semnelor.

Terapeutice catartice

În acest grup menționăm *subnarcoza* (*narcoanaliza*, J.S. Horsley). Starea de somnolență provocată artificial poate sluji nu numai la narcoterapie, dar și la narcodiagnostic (scopocloraloza, Baruk). Veritabilul moment psihoterapeutic al narcoanalizei ar fi "narcosin-teza" (J.M. Sutter). De la narcoanaliză s-a ajuns la alte "psihoterapii farmacologice", care utilizează fie combinarea de barbiturice și analeptice, fie droguri diferite - ca halucinogenele (oniroanaliza).

Terapia prin artă comportă două aspecte: 1) manifestările artistice ale bolnavilor ca un mijloc terapeutic sau "autoterapeutic" și 2) influența recepției operei de artă asupra omului sănătos și bolnav.

În ceea ce privește primul punct, menționăm că încă mai de mult s-au remarcat efectele terapeutice ale desenului la copil, diferiți autori arătând importanța lui în reeducarea sechelelor postencefalitice, a copiilor cu dificultăți în vorbire, a celor inhibați; de asemenea, în educarea delicvenților neadaptați. Valoarea *picturii* (și a *artelor plastice*) ca tratament al adulților nevrozați și psihotici a fost recunoscută încă de la începutul acestui secol. Creația artistică (sau de *tip artistic*) relaxează tensiunea profundă și conflictele inconștiente. S-a constatat prezența unei simbolici universale în desenele bolnavilor mentali și s-a remarcat și satisfacția emoțională care derivă din întrebuințarea culorii desenului.

Pessin și Friedmann (1949) socot că terapia prin pictură are cel puțin patru scopuri: 1) expresia creatoare întărește eul; 2) ea ajută integrarea socială și readaptarea la realitate; 3) bolnavul își exprimă conflicte inconștiente pe care este incapabil să le verbalizeze; 4) activitatea artistică permite să se descopere vocații.

Teatroterapia este veche. Se pare că Aristotel a fost primul care a notat efectul "catartic" al acțiunii dramatice asupra spectatorului. Marchizului de Sade i se datorează prima întrebuințare expresivă a teatrului în scop terapeutic (*teatroterapie*). Astăzi se utilizează *psihodrama* lui Moreno, *psihodrama analitică* și *expresia scenică*.

În psihodramă, bolnavul joacă exact ca un actor, fiind obligat să acționeze, să "iasă din boala lui". El își exteriorizează astfel gândurile, intențiile, conflictele dezvoltării spontaneității. Terapeutul joacă rolul de regizor, ajutând subiectul să-și exprime dramatic viața sa reală - trecută ori prezentă - sau fantastică.

Psihodrama a fost utilizată pentru tratamentul tulburărilor de caracter la copii, al nevrozelor și (în anumite cazuri) al psihozelor.

Pentru Moreno, spontaneitatea este o veritabilă funcție, ca inteligența sau memoria, uneori insuficient dezvoltată în condițiile civilizației noastre. Scopul psihodramei este de a o *antrena*.

Expresia scenică este o metodă psihoterapeutică de *catarsis* și de deprindere a expresiei. Ea se bazează pe transpunerea scenică de texte literare sau de teatru, deprindere îndrumată de un monitor de artă dramatică (Dars și Benoit, 1964).

Muzica își datorează influența nu numai faptului că realizează (ca și celelalte arte) o apropiere estetică a realității, o dezvăluire a sensului aspirațiilor umane, ci și faptului că "fiecare imprimă portativului ei un înțeles personal izvorât din trăirile lui proprii" (L. Leonov). Muzica aduce, la ferenții ei, destindere, bucurie, consolare; dar, în unele cazuri, metodele pedagogice superficiale sau abuzul unei muzici dezechilibrate determină efecte defavorabile. S-a ridicat chiar problema dacă excesul de excitație muzicală (prin radio, cinematograf) nu contribuie la apariția tulburărilor vegetative frecvente în mediul urban - mai ales la copii orașelor mari (Benhold-Thomson). Modul defectuos de a asculta muzica este acela în care se constituie

“un zgomot de fond”, căruia nu i acordă atenție, dar căruia i se simte lipsa atunci când încetează. Béréndés (1961) numește acest fapt “consum de muzică”.

Virtuțile medicinale ale muzicii erau cunoscute și de cei vechi. Ele erau legate atunci de magie și de religie (mitul lui Orfeu etc.). A devenit clasică distingerea, în muzicoterapie, a cel puțin trei aspecte: sonoterapia, ritmoterapia și meloterapia.

Efectele nervoase, vegetative, mai ales cele afective etc. sunt foarte variate. Elementul sonor poate duce de la acele “frisonări” pe care le simțim la auzul unor anumite note, până la un *istupendio gaudio*, o “supersenzație”. de tip cenestezic, un fenomen de răsunet fiziologic ce interesează deodată mai multe registre ale simțirii și care, datorită studiilor lui Pavlov, a putut fi explicat prin iradierea procesului de excitație în domeniul mai multor analizatori.

Muzica influențează circulația (la om, la animale și chiar la plante!) presiunea arterială, frecvența pulsului; respirația; (Dogiel, Patrizzi); tubul digestiv. Se poate spune că sunt afectate puternic unele organe inervate de nervul vag. Parhon (1927) a postulat conexiuni între nucleii perechilor a VII-a și a X-a ai nervilor cranieni. Cercetări ulterioare ale aceluiași (cu Aslan și Vrabiescu), folosind între altele metoda pletismografică, fac plauzibilă ipoteza după care calea auditivă ar avea conexiuni funcționale cu substanța reticulată (la diferite niveluri) și cu hipotalamus. Efectele somatice ale muzicii nu s-ar datora numai reflexelor vegetative dezlănțuite de excitanți senzoriali, ci și modificării sensibilității vegetative și cerebrospinale.

Dar muzica se adresează în același timp diferitelor etaje ale sistemului nervos și diferitelor “laturi” ale persoanei.

După ritm, intonație etc., muzica poate provoca somn sau excitație nervoasă, veselie sau tristețe, dinamizare sau inhibiție, optimism sau pesimism; poate releva adevăruri sau pune întrebări profunde despre existență, poate aduce răspunsuri, poate fructifica gândirea abstractă, poate produce limpeziri teoretice etc.

“Nimic nu restabilește cu atâta ușură unitatea ființei mele ca muzica; toate avânturile se leagă între ele, toate ideile apar colorate, încălzite cu partea lor psihică” (scria Fr. I. Rainer).

Trebuie însă remarcat că felul de a reacționa la muzică are nu numai diferențe individuale, dar poate fi mult diferit la bolnavi față de cei sănătoși (s-au observat particularități de răspuns la schizofrenici, maniaco-depresivi, nevrotici, epileptici – în ultima eventualitate putând provoca crize).

Edificarea unei *farmacopei muzicale*, așa cum a încercat mai de mult R. Schaeffler, își găsește din ce în ce mai mult justificarea științifică. O metodă precisă a fost propusă și aplicată de Jost la subiecții de tip anxios, hiperemotivi, melancolici.

Această metodă se bazează pe asocierea potrivită a trei piese prezentate într-o anumită ordine în timpul ședinței: prima evocă starea deficientă a subiectului, a doua formează un contrast “neutralizant”, a treia încearcă să realizeze efectul de durată căutat (stimulare, calmare).

S-a arătat (Faure, Francès și Igert, 1958) că stimulările muzicale utilizate în cursul unei cure de somn potențează acțiunea medicamentelor. Se observă o corelație între tonalitatea afectivă a anumitor stimulări muzicale și conținutul afectiv al viselor care survin la cel care doarme.

Muzica a putut fi utilizată și ca adjuvant analgetic (Rusca, 1935; Chevallier, 1956), capabil să procure operatului conștient o destindere psihică, o diversiune senzorială și o izolare acustică.

L. Corti (1958) a folosit muzica pentru a realiza “nașterea fără dureri”.

Chevallier distinge schematic trei temperamente muzicale: temperamentul “concerto de Haendel”, temperamentul “vals de Strauss” și temperamentul “varietăți sau surprize”.

Unii consideră că muzica realizează mai ales o “decondiționare”, analoagă aceleia pe care o provoacă schimbarea de loc, sportul, pescuitul sau plimbarea. Fără a nega această interpretare, vrem să subliniem totuși numeroasele *valențe spirituale* ale muzicii, care nu pot fi desconsiderate.

Este ușor de văzut (C. Bogdan) că un minimum de terapie prin artă se poate realiza în fiecare spital sau sanatoriu: tablouri, gravuri,

cărți poștale, radio sau benzi sonore. Terapia prin artă poate fi considerată și ca o variantă a "terapii prin frumos" *kaloterapie*). Frumosul natural (peisajul, cerul, florile etc.), ordinea și curățenia ambianței, frumosul artistic, aspectul personalului medical și auxiliar, frumosul tehnic (aparatură etc.) sunt componente ale acestei "psihoterapii minime".

Psihoterapii colective

Acestea pun în joc acțiunea binefăcătoare, rezolutivă și reeducativă a interacțiunilor și comunicărilor în interiorul unui mediu organizat într-un scop terapeutic.

Psihoterapiile de grup sunt metode care utilizează pentru tratament fenomenele de interpsihologie în sânul unor grupuri restrânse, grupul fiind special constituit pentru a deveni agent terapeutic.

Distingem metode *verbale* (de ex. psihanaliza de grup) și metode *dramatice* (despre care am discutat în cadrul teatrotaniei).

În aceeași categorie intră *terapeuticile ocupaționale* (instituționale) numite și *ergoterapii* (răspândite mai ales în spitale psihiatrice).

Ele sunt *socioterapii* când urmăresc readaptarea la o muncă cu o funcție socială evidentă, bolnavul redevenind "persoană" și "valoare". Se urmărește deci *valorizarea* (și nu numai *valorificarea*) bolnavului.

Culoarea

Un efect "psihoterapeutic" (sau, dimpotrivă, psihopatogen) revine și *culorii*. S-a arătat că acest factor are un rol însemnat în asigurarea "mediului static în cadrul spitalului", componentă a "regi-

mului curativ de protecție" (Al. Ciucă, E. Minciu, E. Solomon și Leibovici)*. Capacitatea omului de a deosebi culori este extraordinară: în practică, se folosesc între 400 și 1.000 de nuanțe. Goethe (autor al unei celebre doctrine a culorilor) a scris: "culorile au acțiune asupra psihicului, putând produce senzații, putând da naștere la emoții, provocând tristețe sau veselie". Dealtfel, încă din antichitate culorile au fost folosite pentru a simboliza diferite stări sufletești sau pentru a da o mai mare variație și solemnitate ceremoniilor publice; încă de la "primitivi", culorile au un rol decisiv în ornamentația locuințelor, dar și a propriului corp și în îmbrăcăminte. *Tradiționala* importanță atribuită de secole culorilor este un factor esențial în deșteptarea unei anumite stări psihice. În timp ce albastrul este o culoare calmantă, negrul este considerat simbol al tristeții, iar albul al purității. Se vorbește despre culorile "calde" (cele care corespund unei mari lungimi de undă) și culorile "rece" (cele care corespund unei mici lungimi de undă); ele dau impresia termică corespunzătoare printr-un efect pur psihologic. Deși fiecare om are o scară (ierarhie) proprie a culorilor preferate, există o oarecare omogenitate în sensibilitatea maselor la diferiți stimuli colorați - fapt care a dus la exploatarea (cu bune rezultate) a însușirilor psihodinamizante a culorilor de către ergonomiști în atelierele industriale.

Efectele psihice ale culorilor au fost studiate de unul dintre întemeietorii psihologiei românești, Fl. Ștefănescu-Goangă.

Se cunoaște faptul că metabolismul și dezvoltarea plantelor și animalelor este net dependentă de culoarea luminii. S-a vorbit chiar despre "foamea de o anumită culoare" a organismului bolnav.

Folosirea culorii în scop terapeutic definește *chromatoterapia* sau *cromoterapia*; domeniul de predilecție este al patologiei mentale, deși s-au făcut și încercări de tratare a bolilor somatice, infecțioase etc.

Preferința pentru culori depinde de factori etologici, de *habitus*-ul psihic (Luescher), de mediul cultural, de vârstă (C. Guja),

* În general, aspectul spitalului, arhitectonica, dispunerea saloanelor și coridoarelor, compoziția și forma obiectelor de mobilă etc. au o funcție psihoterapeutică sau iatrogenă, după caz.

dar și de starea sufletească momentană, ca și de condiții fiziologice sau de mediu, momentane.

În medicina actuală se tinde să se părească "acea mare de alb glacial" caracteristică spitalelor în urma triumfului principiilor aseptiei (Tagliaventi). Se urmărește evitarea monotoniei, uniformității și "impresiei de depersonalizare" - și aceasta, de pildă, printr-o utilizare adecvată a legii contrastelor. Culoarea și lumina trebuie să fie potrivite pentru o muncă de asistență medicală în bune condițiuni, respectându-se cerințele de fiziologie a vederii. Pe de altă parte, s-a recomandat folosirea unei culori corespunzătoare pentru fiecare categorie de bolnavi în parte, zugrăvirea pereților alăturați și a celor opuși în culori diferite, folosirea paravanelor etc.).

Eforturile se îndreaptă spre împăcarea *utilului* cu *plăcutul*, uneori recurgându-se la soluții de compromis. Merită să fie reținută și indicația după care, într-un spital mare, cearșafurile și rufăria să fie de culori diferite, de la o secție la alta (în felul acesta se poate evita, în cursul spălării, transmiterea unor infecții de spital etc. - Al. Ciucă).

Menționăm că problema culorii se pune și cu privire la uniforme personalului de spital. Experimente efectuate în Gainesville (Florida) au arătat că anumite culori cresc apetitul bolnavilor, ușurează vindecarea etc. Culoarea albă (care a ajuns un semn distinctiv al profesiei, alegerea ei având un sens *simbolic* dar și o finalitate practică - depistarea ușoară a poluării) trebuie dozată inteligent.

În sfârșit, problema culorii se pune și cu privire la alimente și la medicamente.

Coeficientul psihoterapeutic al medicamentului. Efectul placebo

Un medicament introdus în organism își exercită în parte acțiunea prin influențe psihologice. Unul dintre aspectele cele mai

* O inspirată folosire a culorilor și a frescelor colorate o ilustrează Clinica de stomatologie infantilă de la Iași (prof. M. Rusu).

importante ale teraputicii medicamentoase (dar și ale cercetării de farmacodinamie clinică) este constituit de *efectul placebo*. Sub acest termen se desemnează modificările obiective sau subiective ale stării unui subiect la care s-a administrat, în medii medicale, un corp fără acțiune farmacodinamică proprie. Termenul de *placebo* (viitorul verbului latin *placere*) a fost întrebuințat în țările de limbă engleză din sec. al XVIII-lea, pentru a desemna un medicament fără acțiune reală, pe care medicul îl dă bolnavului pentru a-i "face plăcere". De fapt, studiul științific al efectului datează de la începutul secolului nostru (1918) și a fost posibil datorită dezvoltării farmacologiei și metodelor statistice. Primul articol consacrat special semnificației psihologice a *placebo*-lui a apărut în 1945. În cazul administrării unui drog activ, efectul *placebo* este constituit din diferența dintre modificarea constatată și cea imputabilă acțiunii farmacodinamice a produsului. Cam 1/3 bolnavi sunt *placebo-reactori* (sensibili la efectul *placebo*). Reacțiile pot fi în sens favorabil (pozitiv) sau pot fi (în 1/5 cazuri) nefavorabile (agravări, simptome alarmante, *nocebo*). *Placebo* s-a administrat și la normali pentru a testa efectele unui nou medicament, *placebo* fiind utilizat ca "medicație" martor (de control).

Efectul *placebo* este în funcție de simptomul respectiv. Astfel, pentru durere există 60% subiecți sensibili la *placebo* dacă este vorba de cefalee nemigrenoasă, 32% dacă este vorba de migrene, 18% în cazul durerilor de altă origine.

Nu numai simptomele subiective sunt influențate de *placebo*, ci și diferite simptome obiective (tensiunea arterială la hipertensivi, greutatea la tuberculozi pulmonari etc.).

Se pare că există posibilitatea de a distinge, cu o anumită posibilitate, subiecții care vor reacționa la *placebo*. Pe baza investigării personalității (examen clinic, test Rorschach, chestionare de personalitate) s-a arătat că receptorii sunt persoane extravertite, anxioase, dependente și cu o afectivitate labilă; pe plan social, sunt conservatori și cooperanți cu personalul medico-sanitar. Cei cu reacții negative la

placebo sunt neîncrezători, rigizi și cu o anxietate manifestată mai ales în simptome somatice.

Trebuie adăugat că însuși modul de prezentare a substanței, calea de introducere, modul de administrare joacă un rol în producerea efectului.

Placebo ar părea să aibă o "eficacitate" descrescândă pentru prezentările următoare: injecții, drajeuri, comprimate, supozitoare. *Placebo*-urile colorate și cele amare par mai active decât cele necolorate și fără gust (insipide). De asemenea, *placebo* se comportă ca un drog "tahifilactic", efectul tinzând să se epuizeze în cursul aplicațiilor succesive.

S-a remarcat că efectul *placebo* depinde în mare măsură de atitudinea medicului. Dacă acesta este convins de eficacitatea terapeutică a produsului administrat, efectul *placebo* va fi mult mai marcat decât dacă știe că este vorba de o substanță inactivă. Acest fapt provine mai ales din modificarea înconștientă a comportării medicului, modificare care se va exprima, dacă nu explicit în con-vorbirea sa cu bolnavul, cel puțin în atitudinea sa. Din această cauză, se întrebuițtează în studiul acțiunii farmacologice a medicamentelor metoda dublu oarbă (*double blind*); nici pacienții și nici medicul nu știu care dintre medicamentele administrate sunt cele presupuse a fi active. Se folosesc două grupe de bolnavi, unui primind medicamentul activ, iar alții *placebo*.

S-au dat numeroase explicații efectului *placebo*; cea mai simplă și răspândită ar fi aceea a sugestiei exercitate de către medic asupra bolnavului, ca un fel de transfert psihoterapeutic. Cercetările din ultimul timp insistă asupra rolului condiționării (Wolf și Hagans), ansamblul medico-*placebo* constituind semnalul declanșat al reflexului condiționat. Cu alte cuvinte, un bolnav care a reacționat pozitiv la un medicament "autentic" după mai mult timp reacționează în același mod la orice "medicament". Răspunsul poate fi deci "idiospecific" și depinde de asemenea de ceea ce *așteaptă* bolnavul de la tratament. O

altă cale de acțiune ar fi mobilizarea dorinței bolnavului de a se vindeca.

Privire retrospectivă și completări

Pe baza a 2 300 de publicații cercetate, Jonokheere (1965) a ajuns la concluzia că mai răspândite sunt aproximativ 40 de tehnici psihoterapeutice (dar numai 19 studii sunt făcute cu grupuri comparative, de unde dificultatea de a judeca eficacitatea lor). Asemenea evaluării și considerații se fac, firește, cu privire la psihoterapia *metodică*; psihoterapia *incidentală*, de uz spontan-ocazional, este curent aplicată, indiferent dacă medical o face intenționat sau neintenționat.

După cum am mai subliniat, este imposibil să separăm actul medical de o influență psihoterapeutică (sau de o influență negativă iatrogenă în cazuri regretabile). S-a spus că medicamentele materializează și vehiculează relația psihoterapeutică (Bălănescu). S-a vorbit despre "paradoxul medicinei": o tehnică și o "artă", care abia de un secol are mijloace medicamentoase probate științific, a putut fi eficace milenii și milenii, fapt pus pe socoteala psihoterapiei (Pamfil). Moreno consideră și religia ca pe "cea mai mare și mai ingenioasă procedură psihoterapeutică pe care a inventat-o omul" și pe lângă care psihoterapia medicală are rezultate minore. Este, desigur, o afirmație discutabilă, bazată pe ignorarea funcției de *alienare* pe care o au religiile; dar să nu uităm că Marx le-a asemuit cu o administrare colectivă de opium.

Ni se pare interesant să cităm câteva cuvinte ale profesorului Marius Sturza (1951), cunoscut și experimentat balneolog: "psihoterapia se manifestă însă în mod pregnant la *aplicațiile fizioterapeutice* (sublinierea ne aparține); există un paralelism între efectele fizioterapice și cele psihoterapice. Factorii de psihoterapie sunt, în aceste cazuri, încrederea în metodă (la care adăugăm *aspectuoza* aparatului tehnice și atitudinea ambivalentă față de realizările acesteia),

convingerea că se află în mâini bune și *personalitatea medicului* (cu o putere sugestivă foarte variabilă)". Un alt remarcabil reprezentant al școlii medicale clujene, profesorul Popoviciu spunea asistenților săi, referitor la medicament: "nu are importanță ce ți dăm, ci *cum* îl dăm". Intervine *ceremonialul* și "*ritualul*" examinării, explorării administrării mijlocului terapeutic. Pentru unii autori (Bălănescu) contează mai mult "deschiderea omenească către semeni, comunicarea afectivă, simpatie, comuniune, dragoste poate". Dar nu trebuie să uităm că alteori intervine tocmai caracterul distant, dar *dominator* al terapeutului. În această privință, reamintim anecdota consultării lui Bismarck de către Schweninger: "cancelarul de fier" pretindea să fie examinat fără să i se pună prea multe întrebări; medicul i-a făcut observația că așa poate proceda *un veterinar*, la care, eventual, acesta ar putea să se adreseze! Bismarck a rămas pacient credincios al lui Schweninger; a recunoscut că acesta a fost singurul medic care a știut *să-l domine*; pe toți ceilalși i-a dominat el (ceea ce, bineînțeles este perfect explicabil). Unii medici folosesc premeditat - sau fără să-și dea seama - psihoterapia vehiculată de *durere* (explorări dureroase, injecții dureroase etc.). Explicația că în acest fel bolnavului "i se taie pofta" *să mai facă pe bolnavul* este simplistă. O valoare psihoterapeutică o are orice situație de șoc (pozitiv sau chiar negativ), de neprevăzut și de surpriză. Primejdia mobilizează resursele ființei și o obligă la integrare. Pe de altă parte, psihoterapie este și contactul cu frumosul, succesul, bucuria și speranța, actul de a da atenție, actul de bunăvoință, de respect și de interes etc. Relația de comunicare și simpatie "de la om la om" nu este previzibilă și guvernabilă; dar o serie de comportări pozitive în raport cu bolnavii pot fi *învățate*.

S-a vorbit despre necesitatea unui *minimum psihoterapeutic*, cu atât mai necesar cu cât tehnizarea medicinei actuale riscă să suprimă ceea ce era vehiculat înconștient în contactul tradițional dintre medic și bolnav. Activitatea medicului nu trebuie să fie numai o "lucrare în carnea umană", ci, mai întâi, una comparabilă în sufletul uman (O. Müller). Nu numai că psihoterapia își găsește locul (și în același timp) *alături* de somatoterapie, dar se cere a fi *îmbinată* cu ea (*in gekoppelter Form*) (Sihle).

Psihoterapia *metodică* (numită pe scurt "psihoterapie") pune probleme de pregătire a cadrelor, de disponibilitate de timp și de mijloace etc. Ne interesează mai puțin aspectele organizatorice, cât cele de principiu. C. Belciugățeanu (1965) a ridicat problema *metodei* și a *conținutului* și s-a întrebat, mai întâi, dacă mijloacelor predominant afective (cum este sugestia în stare de veghe sau de somn hipnotic) nu trebuie să le fie preferate uneori (sau cât mai des) mijloacele predominant raționale: persuasiunea și explicația. "*Fondul psihic* transmis cu cât mai multă răspundere" trebuie să-l preocupe pe psihoterapeut. Terapia de restructurare pozitivă a personalității trebuie să vizeze în primul rând caracterul, care este nucleul acesteia; în cadrul psihoterapiei, medicul îl poate ajuta pe bolnav să-și modifice atitudinea față de boală, față de sine însuși, față de societate, îi poate insufla noi interese și criterii, noi convingeri și scopuri. Belciugățeanu insistă asupra faptului că psihoterapia "cuprinde și cea mai mare semnificație etico-deontologică pe care o poate avea profesiunea medicală": tratamentul trebuie aplicat nu numai *destoinic*, ci și *de pe pozițiile umanismului contemporan*. Aceasta înseamnă, mai ales, o concepție în esență optimistă despre *sănătatea omului contemporan*, combaterea supraestimării importanței elementelor morbide din om (care este, în zilele noastre, favorizată de unele curente literare și filosofice ca existențialismul, voluntarismul etc.). Din această perspectivă, psihoterapia trebuie și ea "oprită la timp", redând bolnavului "sentimentul legitim al degajării de starea morbidă".

E. Kretschmer înglobează *recomandările etice și de înțelepciune* în cadrul psihoterapiei și *igienei mentale*. El analizează chiar și filosofia anihilării (Nirvana), dar soluțiile filosofiei budiste le consideră neconvenabile pentru omul modern din Occident. Ca fundament al psihoterapiei, se poate alege acel "fii tu însuși" goethean, activitatea conformă cu legile interne ale propriei personalități, cu excluzia imixtiunilor străine (heteronome) și cu o orientare constructivă (*activitate* vie, concretă, liberă, altruistă). Pentru Kretschmer, vindecările "miraculoase" dau o indicație prețioasă despre posibilitățile psihismului și ale psihoterapiei. Dar întrebarea nu este: ce e posibil în *principiu*?, ci: ce este *practic* să încercăm? De

aceea, psihoterapia nu va tinde să înlocuiască medicații probate; este sigur însă că ea ar fi putut înlocui munții de medicamente și hecatombe de operații la pacienții cu important coeficient nevrotic. De psihoterapie beneficiază în primul rând sindroamele condiționate de existența complexelor, cele provocate de o "dietetică psihică defec-tuoasă" (cum ar fi suprasolicitările și răspunderile excesive)*; dar de resortul psihoterapiei sunt și sindroame *nepsihogene*, cum ar fi distoniile vegetative. Faptul că psihoterapia vindecă nu este o dovadă pentru psihogeneză - argument folosit și împotriva *doctrinei* psiha-nalitice. Metodele de antrenare (*training*) au o mare valoare. Cât despre dizolvarea complexelor, Kretschmer anințește posibilitățile de abreactie prin uzură în timp, printr-o "explozie" afectivă neașteptată, prin detență (*catharsis*, mărturisire), prin meditare clarificatoare, care suprimă "izolarea" complexului (și deci caracterul de "corp străin"), prin sublimare (înțeleasă ca o descărcare productivă, creatoare). Activitatea, munca "este nucleul și steaua psihoterapiei". Este de amintit aforismul lui Goethe: înțelegerea nu mă ajută (consolează); înțelegciunea - puțin; timpul - mult; activitatea - deplin.

Deși psihoterapia are numeroase implicații etice, psihoterapeutul trebuie să știe să-și păstreze, între anumite limite, *neutritatea axio-logică*, să se abțină de la aprecieri și reproșuri. Pacientului i se poate arăta însă cum este privită acțiunea sau intenția lui de către societate (conceptul de sancțiune: Brender, 1965).

Există implicații medicale ale *urâșeniei* și *frumuseții fizice*, iar o parte din eforturile medicinei sunt investite în chirurgia estetică, în cosmetică etc. (*cosmiatria* lui A. Voia). Psihoterapia poate fi și ea un procedeu însemnat în cosmiatrie. Sub influența psihoterapiei (elibe-ratoare de complexe, suferințe, inhibiții, spasticități, tendințe agresive și distructive), persoana devine mai simpatcă, mai atractivă; compor-tarea liberă și liniștită, expresia mulțumită a figurii, susțin succesul social. Îndeosebi "orice terapie care eliberează Erosul de spasm și de chin acționează în cel mai înalt grad" (Meng).

* Ideea *dieteticii sufletesti* se găsește încă la Seneca. Ea a fost pusă în largă circulație la mijlocul secolului al XIX-lea de către poetul Feuchtersleben, fost profesor la Facultatea de medicină din Viena.

*

Sen Alexandru a scris o întreagă carte pentru a prezenta "o viziune educațională asupra psihoterapiei" (1978). Actul educațional are o funcție terapeutică (și profilactică) după cum actul medical nu este un act de simplă restabilire a unui *statu quo ante*. Nu este vorba în primul rând de educarea deficiențelor mentale sau de logopedie: domeniul de elecție sunt nevrozele. Dacă P. Delore insistă asupra "funcției pedagogice a spitalului" (1959), originile educației tera-peutice se cer căutate în China antică, în Elada, în gândirea lui Seneca; primul sistem constituit de educație terapeutică este Hatha Yoga. Ideea revine la materialistii francezi din secolul al XVIII-lea, este subliniată de Ph. Pinel. Este interesant de citat din Auguste Comte, după care educația și medicația corespund, respectiv, "istoriei naturale" și patologiei. În timp ce educația direcționează dezvoltarea într-un anumit scop determinat, medicația este o "acțiune rațională" pentru a readuce ființa vie la starea normală; ambele sunt ramuri ale "biologiei concrete". Un merit deosebit revine lui A. Kronfeld (1927), care introduce termenul de *psihagogie* pentru "învățătura de educație psihoterapeutică". Funcția terapeutică a educației potențează capa-citatea metodelor de a realiza efecte terapeutice. Procesul care îi dă naștere este educația terapeutică. Studiul ei este o veritabilă pedagogie terapeutică. Terapia educațională este, în înțelesul autorului, orice formă de psihoterapie realizată prin metode și procedee educaționale. Terapia prin înțelegere este o astfel de terapie, ca și terapia comporta-mentală, biblioterapia (terapia prin cărți), logoterapia, psihodrama, art-terapia, muzicoterapia. Antrenamentul autogen și ergoterapia nu sunt, firește, trecute cu vederea, nici sugestia, hipnoza și inspirația psiha-nalitică de la baza unor procedee contemporane.

Bio-feed-back și comportament

Noțiunea de *bio-feed-back* (BF) a fost introdusă în neuro-fiziologie, fiziopatologie și psihologie în ultimii ani. Pornind de la

observațiile lui Kamiya (1968) care urmărea să obțină controlul voluntar asupra activității electrice corticale (unde alfa) și, corelativ, asupra unor stări psihologice complexe, numeroși cercetători au folosit resursele tehnicii electronice și ale automatizării pentru realizarea unor sisteme biotehnice (am zice "antropotehnice") speciale, în care informații asupra stărilor funcționale din diferite organe, conștientizate, servesc ca punct de plecare pentru tentative de influențare a acestor funcții. În fond este vorba de reluarea capacității de "învățare" a *organelor interne*, problemă care a fost abordată de școala lui I. P. Pavlov în cadrul concepției nerviste (ducând la cunoscuta teorie corticoviscerală a îmbolnăvirii organelor) și de curentul medicinei psihosomatice (cu alte concepte și metode decât cele ale fiziologiei). Alături de observațiile lui Kamiya, menționate mai sus, reluarea problematicii în laborator și în clinică pornește și de la lucrări neurofiziologice legate de numele lui Miller, Basmajian sau Olds. Culegeri de materiale, cu accente când pe aspectele psihologice când pe cele neurofiziologice, apar în ritmul de câteva pe an.

După cum precizează A. H. Bloack și A. Cott (1977), BF trebuie limitat la cercetările și rezultatele: 1) în care răspunsurile organelor interne sau ale musculaturii striate nu sunt observate direct (de către experimentator sau de către subiect), ci prin mijlocirea unor instrumente; și 2) în care scopul este producerea unui control asupra acestor răspunsuri cu ajutorul unor stimuli contingenți. (Acești stimuli contingenți pot fi priviți ca "întăritori operanți" în sensul lui Skinner, dar o asemenea interpretare rămâne încă discutabilă). Spre deosebire de ceea ce se credea în primii ani ai răspândirii metodei, rezultatele pozitive "de bilanț" nu se înscriu numai în domeniul psihologic propriu-zis, ci și în sectorul clinic și - mai ales - în cel al cercetării fundamentale privind relațiile psihosomatice și plasticitatea sistemului nervos (greșit denumit, cândva, "sistem nervos autonom"). Menționăm, de asemenea, că discuțiile asupra metodei ating în mod necesar teme de mare interes psihologic, cum ar fi teoriile învățării, natura încă neclarificată a emoțiilor, percepția viscerală în corelație cu extero percepția și cu proprio percepția, sugestibilitatea, efectele mentale ale relaxării musculare. Deși - la primul contact - conceptul de BF

ne trimite cu gândul la cibernetică, interpretarea riguroasă cibernetică a datelor este încă un deziderat (J. Anliker). Progresiv, se subliniază importanța unei contribuții doctrinare mai puțin citate: ideea "modelului interior" al ambianței în "calculatoarele" vii, adică în creier (F. A. Hayek).

În rezumat, se poate reține faptul că metoda BF reputează succese promițătoare în situații atât de diferite cum ar fi epilepsia, hipertensiunea arterială, tulburările de ritm ale inimii, tulburări neuro-motorii (paralitice sau spastice). Este posibil să se modifice prin BF frecvența și amplitudinea undelor alfa și theta din electroencefalogramă, ca și fluxul sângelui în arterele coronare. BF ar fi recomandabil ca tehnică *anti-stress*. Întrebările pe care le ridică observațiile, sau unele contradicții între rezultate, sunt însă numeroase și vizează bazele interpretării lor. De pildă, s-a constatat că amplexarea, dar și calitatea efectelor, depind de expectanța subiecților, ca și de instrucțiunile verbale date lor. BF, ca metodă terapeutică, nu este oare, un simplu placebo? Într-o sistematizare nuanțată a datelor (datorită lui H. Legewie), se face distincția între *controlul direct al simptomelor* (la nivelul vegetativ și hormonal), *controlul lor la niveluri superioare* (cerebrale) și *mecanismele terapeutice indirecte*. Sub ultima etichetă cuprindem: efectul placebo, creșterea sugestibilității, creșterea motivației (de exemplu, speranța de vindecare, persistența în aplicarea măsurilor terapeutice), mecanismele cognitive (autorul admite teoria bifactorială a emoțiilor, argumentată de Shachter, după care percepția unei stări fiziologice de excitație este interpretată drept o emoție pozitivă sau negativă, depinzând de stimuli ambientali particulari). Totodată, se ridică și întrebarea dacă BF este o alternativă *superioară* altor tehnici terapeutice psihosomatice, cum ar fi tehnicile de relaxare, de meditație sau unele variante de terapie comportamentală. Există - susțin diferiți autori - un comportament "al durerii" (care este mai mult decât *expresia durerii*), ca și un comportament "de boală", iar ele introduc pacientul în cercuri vicioase. Probabil că medicina a subestimată până azi implicațiile activității musculare în geneza stărilor psihice curente (ca veghea sau emoția) sau patologice (ca anxietatea sau de calm dorit (ca în relaxare).

Psihofarmacologia ca psihoterapie indirectă

Titlul acestui subcapitol exprimă o idee banală. Sedarea durerii și a anxietății a primit un ajutor puternic prin dezvoltarea psihotropelor; în plus, au intervenit (ca descoperiri poate epocale) substanțele cu acțiune pe sistemul neurovegetativ și umoral implicat în emoție (și *stress*), ca și cele ce blochează receptorii catecolaminei, sau enzimele ce degradează intermediarii chimici ai excitației nervoase. Date noi au fost aduse de biochimie și de medicina "neconvențională".

Cercetări de fiziologie clinică au arătat, de exemplu, că în interfața dintre aparatul cardiovascular, metabolism și psihic, intervin factori ereditari: răspunsurile tensiunii arteriale și frecvenței ritmurilor cardiace sunt foarte apropiate la gemenii monoziagoți (în solicitare) (T. Theorell, 1978). Intervin factorii socioculturali: presiunile familiale intervin în etiologia infarctului miocardic la americani, în timp ce la suedezi, cele periculoase sunt legate de activitatea de muncă (responsabilitate, conflicte, suprasolicitare) (Orth-Gomer, 1979). Tensiunea arterială nu se ridică în mod necesar cu vârsta, cum au arătat cercetări comparative (de "sociofiziologie") pe londonezi (la care aceasta se urcă), pe boșimani (Truswell, 1972) și pe zuluși (Scotch, 1963). Intervin evident obiceiuri alimentare - ca ingestia sporită de clorură de sodiu, independent de rasă (Dahl, 1961). Excreția de noradrenalină scade în somn și crește în efortul profesional, mai ales în cel de noapte (Theorell, 1979). Catecolaminele cresc circulația de acizi grași liberi, creștere care are loc în exercițiul fizic complicat cu stări emoționale (competiție), dar mai puțin în efortul fizic *per se*. Mai precis (Stephens și colab., 1979), în timpul efortului acești acizi sunt consumați, concentrația crește în sânge după încetarea efortului, dar revenirea este promptă la cei antrenanți. Nivelul lor crescut este corelat cu tulburări de ritm ale inimii și cu micro- sau macroaccidente vasculare. Creșterea tensiunii arteriale - și probabil și a acizilor grași liberi în asemenea condiții (efort-emoție) - este prevenită prin beta-blocanți adrenergici (ca propanololul).

S-au mai pus în evidență creșterile mai puternice ale catecolaminelor și ale colesterolemiei în *stress*, la așa-zisul tip A de personalitate, la care și riscul de boli coronariene este mai mare (R.H. Rosenman, 1979). Este tipul aflat în continuă "luptă pentru viață", care încearcă să realizeze cât mai mult în timp cât mai scurt, care este preocupat de termene și frecvent ajunge în conflict cu alții.

Pe de altă parte, metodologia cercetării de farmacologie clinică ne permite azi să comparăm efectele cardiovasculare (tensiune, frecvența pulsului, modificări ECG) în *stress*, sub acțiunea anxiolitice (ca diazepam), a beta-blocanților (ca propanolol și oxprenolol), ținând seama și de efectul *placebo* (Koella, 1978; Davidson, 1978; Blaha, 1978).

O ilustrare a intervențiilor combinate ale psihoterapiei, farmacoterapiei și acupuncturii pe un fond cultural special, o reprezintă succesele anesteziei (insensibilizării) operatorii prin acupunctură, în China. Efectele spectaculoase (în până 90% din cazuri) s-au obținut de către medici chinezi pe pacienți chinezi aderenți la învățăturile lui Mao-Tze-Dun. "Pragul" durerii depinde de factori spirituali și culturali; în varianta marxismului elaborată de Mao, se subliniază importanța determinantă a factorului *uman* (și nu a celui *material*), "materialul se poate transforma în moral și moralul în material - dar întotdeauna comandă moralul". Răspândirea vechii practici a acupuncturii la scară națională (și rurală) se datorează gândirii mobilizatoare, însoțită de sute de milioane de oameni, care vedeau în aceste măsuri o concretizare a acestei gândiri și îi dădeau o semnificație politică și națională (Peyrefitte, 1973). În acest context, se stabilește o relație specifică cooperantă între medic și pacient; pacientul - căruia i se explică decursul actului chirurgical - "participă" la operație și la sfârșitul ei are "un moral de învingător", considerând succesul acupuncturii ca un "triumf asupra durerii și bolii", ca o "victorie asupra propriilor deficiențe". Pregătirea ideologică este refăcută în ora care precede operația. Pacientul este bucuros să accepte o tehnică populară și care face parte dintr-o medicină pusă în slujba maselor.

Anexă: "Magnetismul animal" și fenomene înrudite

Deși există forme de trecere între hipnotism și aceste fenomene, cele două aspecte de influențe interpersonale nu pot fi înglobate indistinct în cadrul *psihoterapiei*.

"Magnetismul" premesmerian folosea, probabil, - ca și o multime de mijloace terapeutice din toate timpurile - sugestia, dar tehnicile lui Mesmer (între 1775 și 1785) erau mai complexe, făcând apel nu numai la autosugestie, ci și la forțe personale obscure, capabile să se amplifice prin ședințe colective și care duceau, nu atât la somn, cât la crize convulsive în *stare trează*. În timp ce hipnoza face din om un automat maniabil de către hipnotizator, "magnetizarea" încearcă să transmită pacientului influențe personale biotrofice, *măinile* fiind "emițătorul" preferat al unor fluide (?), radiații (?), emanații (?) caracteristice, care acționează și direct, *local*, asupra părții bolnave. Astăzi se vorbește de "câmpuri" biologice, ale materiei biostructurate (*biosic* sau *noesic*) (Macovschi). Străduințele celor ce se ocupă cu "magnetismul animal" sunt evidențierea unor acțiuni obiective și asupra animalelor, plantelor, corpurilor neanimate (care prin "magnetizare" ar căpăta însușiri biochimice și biofizice noi). "Magnetizarea" indusă nu pare să depindă de însușirile magnetice sau electrice ale substanței; în general, aparatele electromagnetice nu sunt influențate de către influx, dar desfășurarea unor fenomene magnetice ar putea fi perturbată (?). Apa "magnetizată" ar dobândi alte însușiri biologice (în ce privește germinarea semințelor, întreținerea activității organelor *in vitro* etc.) și este utilizată ca "medicament" (influențarea apei este incriminată încă de prin 1840). Starea psihologică a bolnavului poate condiționa efectele ședinței, dar consimțământul său (sau speranța, credința etc.) nu sunt absolut necesare pentru obținerea efectului. Modificările organice pot fi influențate mai puternic decât starea subiectivă a pacientului. De obicei, pacientul sesizează acțiunea "magnetizorului" grație unor senzații care amintesc de cele date de curentul electric (de unde și răspândirea tremeului de "biocurenți"). Capacitatea de a "magnetiza" ar depinde de exercițiul voinței, de conduita morală, de aspirațiile etice etc.

Tehnica "magnetizării" folosește de obicei așezarea mâinilor *loco dolenti* (chiroterapia), pasele magnetice (în care mâinile nu ating corpul, ci se mișcă de-a lungul său), "iradierea" prin degete, "suflarea" etc. Biserica catolică a canonizat 34 astfel de vindecători, considerând că anumite fenomene parapsihice sunt miracole... Ședințele, de circa 30 minute, duc la manifestări de tipul: transpirație, tremor, oboseală, somn, letargie etc. "Transmiterea" influxului se poate face și prin metoda "mână la mână" sau "ochi la ochi", dar și de la distanță.

Operatorii sunt deseori capabili să stabilească *diagnostice* prin simpla explorare superficială cu mâinile. Această "defectoscopie" se întinde de la tulburări funcționale de auz sau nevralgii până la tumori, calculoză vezicală etc. și - ceea ce este foarte bizar - și la afecțiuni din trecut. O anumită "identificare" cu pacientul permite operatorului să "preia" asupra sa suferințele bolnavului. De fapt, parte din aceste fenomene fac parte din telepatie: s-a numit *simpatism organic* capacitatea unor somnambuli de a "suferi" durerile unor persoane asemănătoare sau îndepărtate și de a diagnostica boli. Încă primul somnambul studiat de Puységur (1784), simplu țăranc inculc, a putut să-și descrie exact boala de care suferea și să-și indice remediile care l-au vindecat. Emulii lui Puységur au mai descoperit fenomenul de *autoscopie* - adică vizuina organelor interne (proprie sau ale altora) și *transpoziția simfurilor* (de exemplu, un subiect auzea prin epigastru și vedea prin vârful degetelor). După Sollier (1903), autoscopia internă este bazată pe cenestezie: senzații cenestezice sunt traduse în termeni vizuali. Comar (1901) a descris un caz în care subiectul și-a putut "diagnostica" prezența în apendice a unui fragment de os, care a produs o inflamație intestinală; altul, în care subiectul și-a putut urmări progresiunea către evacuare a unui ac înghițit. E. Servado (1954) crede că fenomenele "supranormale" se produc atunci când în fața obstacolelor întâlnite, anumite mecanisme de apărare, psihologice sau psihofiziologice ale Eului corporal sau mental, destinate să integreze și să protejeze viața noastră afectivă, nu funcționează cum trebuie. Se restabilesc astfel, momentan, căi de expresie și mijloace de comunicare mai primitive (regresie). Ansamblul fenomenelor *psi* se

conectează cu pături profunde ale inconștientului, care scapă ten-
dințelor evolutive spre individuație, spre aprehensiunea precisă a
timpului și a spațiului, spre dezvoltarea facultăților intelectuale, spre
percepția strict senzorială. Rhine a introdus termenul de "percepție
extrasenzorială" și pe cel de "psihokinezie". Asemenea achiziții, care
caracterizează ființele superioare, sunt menținute prin mecanisme
mentale și cerebrale care pot regresa momentan sau se pot dezintegra.

*

Pentru noi, este de mare importanță faptul evidențiat de P. Janet
în 1884: există "sugestii care acționează nu asupra gândirii somnam-
bulului, ci asupra corpului său". Charot, Bernheim, Beaunis, Janet au
obținut arsuri prin sugestie (cu bulă și crustă), la *locurile indicate*.
"Aplicând" un sinapism imaginar pe burta unei paciente, P. Janet a
constatat că roșeața avea forma unui dreptunghi cu colțurile tăiate; or
bolnava a explicat că, de obicei, ea tăia colțurile sinapismelor. În
experiențe succesive, P. Janet a putut să stabilească că ideea precon-
cepută a formei sinapismului a determinat dimensiunea și forma
roșeței (în S, în stea). Cităm experiențele de *dermatografie* ale lui
Crookes, Osty: pe piele (braț, piept) pot apărea literele și desenele
sugerate sub forma unor zone geometrice de vasodilatație. P. Janet,
Myers, Rochas au publicat cazuri de *stigmat sanguinolente* apărute la
extaticii religioși prin reprezentarea vie a patimilor lui Hristos. Ele
fuseseră descrise încă din Evul Mediu. Sunt fenomenele pe care Sudre
le-a numit *ideoplastice*.

Acest grup de fenomene *psi* se încadrează perfect în relațiile
patogene psihosomatice. Cum fenomenele *psi* se definesc (imperfect)
și prin caracterul lor - deocamdată inexplicabil și "misterios" - *ideo-
plastia* pozitivă, terapeutică, corespunde semantic la o "vindecare
miraculoasă".

Bibliografie

- ADAMS G. F. and HURWUTZ L.S., Mental Barriers to Recovery
From Strokes. "The Lancet", 1963/2, nr. 7307, p. 533.
- ADER R., Psychoneuroimmunology, Academic Press, New York,
1991.
- ADO A. D., Problema calității în patologie, în vol. *Probleme filosofice
ale medicinei*. Ed. Medicală, București, 1963, p. 53.
- ALEXANDER F., *La médecine psychosomatique*. Payot, Paris, 1952.
- ALEXANDER F. and ROSS H., *The impact of Freudian Psychiatry*.
Univ. of Chicago, 1961.
- ALEXANDRU SEN., *Educație și terapie*. Ed. Didactică și Pedagogică,
București, 1978.
- ALLPORT G. E., *Personality and Social Encounter*. Beacon Press,
Boston, 1964.
- ALLPORT G., *Pattern and Growth in Personality*. New York, 1965.
- ALTEN E. H., The Psychology of Handwriting and its Importance to
the Psychiatrist. "Med. Rec.", 1939, vol. 150, p. 71.
- *** L'angoisse, aspects qualitatifs. "Ciba revue", Basle, 1976.
- ANDREOLI A., Psycho-immunologie - Les cahiers medico-sociaux,
vol. 34, nr. 2, Ed. Médecine et Hygiène, Genève, Suisse, 1990.
- ANHOFFER H., *Aberglaube und Hexenwahn Heute*. Herder, Freiburg,
1960.

- ANSELL BARBARA (ed.), *Rheumatism and Psyche*. H. Huber, Bern-Stuttgart-Vienna, 1976.
- ANTONELLI F., Cadre nosologique du rhumatisme psychosomatique. "Méd. et Hyg", 1967, nr. 766, p. 155.
- ARGYLE M., *The Psychology of Interpersonal Behaviour*. Penguin Books, Harmondsworth, 1967.
- ARNOLD M. B., *Emotion and Personality*. Vol. II. Columbia Univ. Press, New York, 1960.
- ARSENI C., GOLU M., DĂNĂILĂ L., ALEXIANU D., Conștiința, conștiința și tulburările ei prelungite. "Neurol., psihi., neuro-chir.", vol. 21, 1976, nr. 4, p. 241.
- ARSENI C. și OPRESCU I., *Durerea*. Ed. Academiei R.S.R., București, 1965.
- ASCHNER A., *Die Konstitution der Frau*. München, 1924.
- ATHANASIU A., *Bazele științifice ale grafologiei*. Teză. Facultatea de medicină, București, 1949.
- ATHANASIU A., Psihologia medicală. "Med. Internă", 1958, an. 10, nr. 6, p. 801.
- ATHANASIU A., Terapie prin muzică. "Muncitorul sanitar", 1966, an. XVII, nr. 14, p. 1.
- ATHANASIU A., Scris și personalitate, Ed. Științifică, 1970.
- ATHANASIU A. și colab., *Psihologie și medicină*. 2 vol. Ed. USSM, București, 1972.
- ATHANASIU A., Medicina și muzica. Ed. Medicală, 1986.
- ATHANASIU A., Chronopsihologia. Med. Modern. 1995, vol. II, nr. 10.
- ATHANASIU A., *Tratat de grafologie*. Cunoașterea personalității prin scris. Ed. Humanitas, 1996.
- ATHANASIU A., Suferință și creație. Influența suferinței și a bolii asupra personalității și a operei. Ed. Tehnică, 1998 (în curs de apariție).
- ATHANASIU A. și RADU C., *Grafologia criminalistică*. Tendința criminală în scris. Ed. Paco, 1996.

- BADIN P., *Problèmes de la vie en groupe*. P.U.F., Paris, 1965.
- BALINT M., *Techniques psychothérapeutiques en médecine*. Payot, Paris, 1966.
- BALTRUSCH H. J. F., und Austarheim K., Psyché – Nervensystem – Noeplastischer Prozess. "Psychosom. Med.", 1963, vol. 9, nr. 4, p. 299 și vol. 10, nr. 1, p. 3.
- BALLIEUX R. R. Psyche and immuneresponse. Fisons Summary Service Wednesday May 22 EAACI, Congres Zürich, 1991.
- BARBARIN G., *Der Tod als Freund*. Stuttgart, f.a.
- BARTHON TH. R., *Religions Doctrine and Medical Practice*. C. Thomas, Springfield, 1958.
- BARUK H., *Précis de Psychiatrie*. Masson. Paris, 1950.
- BARUK H., *La désorganisation de la personnalité*. P.U.F., Paris, 1952.
- BARUK H., *Les thérapies psychiatriques*. P.U.F., Paris, 1955.
- BARUK H., Les causes cérébrales et les causes chimiques des psychoses. "Stud. cercet. neurol.", 1960, vol. 5, nr. 2-3, p. 117.
- BASH K. W., *Lehrbuch der Allgemeine Psychopathologie*. Thieme, Stuttgart, 1955.
- BAUMGARTEN F., Der weltgelbundene und der lebensgebundene Typus. "Arbeit und Leistung", 1966, vol. 20, nr. 7/8, p. 119.
- BAVET P., Existe-t-il une psychologie du malade hospitalisé? "Présences", 1980, nr. 4, p. 121.
- BAYET R., Psychopathologie et évolution sociale, în vol. *L'homme moderne et sa santé*. Ed. de l'Avenir, Asnières, 1966.
- BĂLĂCEANU C. și NICOLAU ED., *Personalitatea umană - o interpretare cibernetică*. Ed. Junimea, Iași, 1972.
- BĂLĂNESCU ȘT., Nevroza și metafizica. "Tribuna", 1967, an. 11, nr. 36 (533), p. 4.
- BEATTY S. A., LEGEWIE H. (ed.), *Biofeedback and Behaviour*. Plenum Press, New York-London, 1977.
- BEECHER H. N., The powerful Placebo. "J. Amer. Med. Assoc.", 1955, vol. 159, p. 1602.
- BELCIUGĂȚEANU C., Caracter și nevroză. "Neurol., psihiatria, neurochirurgia", 1959, nr. 5, p. 451.

- BELCIUGĂȚEANU C., Probleme de interferență și dinamică sindromologică în nevroze. "Neurol., psihiatria și neurochirurgia", 1966, vol. 11, nr. 2, p. 105.
- BERAR P. și PÂNZARU P. (sub redacția), *Studii de sociologie și psihologie socială*. Ed. Politică, București, 1968.
- BERENDES J., Musik und Medizin. "Ciba Zeitschrift", 1961, nr. 8/9, p. 100.
- BEREZIN M. A. and CATH ST. H. (ed.), *Geriatric Psychiatry*. Intrenat. Univ. Press, New York, 1965.
- BERGER G., *Questionnaire caractérologique pour l'analyse d'un caractère individuel*. P.U.F., Paris, 1950.
- BERGES J., *Les gestes et la personnalité*. Hachette, Paris, 1967.
- BEUGNET-LAMBERT C., LANCERY A., LECONTE P., Chronopsychologie. Rythmes et activités. Humaines-Press Univ. de Lille, 1988.
- BIBERI I., *Thanatos*. Ed. Fundațiilor, București, 1936.
- BIBERI I., *Funcțiile creatoare ale subconștientului*. Ed. Fundațiilor, București, 1938.
- BIBERI I., *Individualitate și destin*, vol. 1-2, Ed. Fundațiilor, 1945.
- BINDER H., *Die menschliche Person*. Ed. Huber, Bern-Stuttgart, 1964.
- BINET A., *La vie sexuelle de la femme*. Expansion scientifique française, Paris, 1932.
- BINET L. et VALLÉRY-RADOT P., *Médecine et littérature*. Ed. Expansion scientifique française, Paris, 1965.
- BIONDI M., Stress, sistema nervoso centrale e sistema immunitario, *Med. Psicoson*, 22/53, 1977.
- BIRKMEYER W. (herausg.), *Anfall-Verhalten-Schmerz*. H. Huber, Bern-Stuttgart-Wien, 1976.
- BÎKOV K. M., *Scoarța cerebrală și organele interne*. Ed. de Stat, București, 1952.
- BÎKOV K. M. și CURȚIN T., *Bolile cortico-viscerale*. Ed. de Stat, București, 1952.
- BLAALOCK J. E., BERT K. L., *Neuro-immuno-endocrinology*, Karger, Basel, 1988.

- BLÉCOURT J. de (ed.), *Patient compliance*. H. Huber, Bern-Stuttgart-Vienna, 1979.
- BLEULER E., *Lehrbuch der Psychiatrie*. Springer, Berlin, 1930.
- BLEULER M., *Endokrino-Psychiatrie*. G. Thieme, Leipzig, 1955.
- BOGDANOVICI L., *Însemnările unui psihiatru*. Ed. Cartea Rusă, București, 1958.
- BOLGERT M., La médecine psychosomatique existe-t-elle? "Cahiers Coll. Méd. Hôp. Paris", 1965, vol. 6, nr. 4, p. 293.
- BOLGERT M. et SOULÉE M., Etude clinique et psychosomatique de 200 cas de psoriasis. "Sem. Hôp.", 1955, nr. 22, p. 1251.
- BOLOGA V., *Vrăji, doftoroaie și leacuri băbești*. Ed. SRSC, București, 1956.
- BRĂTESCU GH., *Etica medicală*. Ed. științifică, București, 1969.
- BRATKO A. A. i KOCERGHIN A. N., *Informația și psihika*. Izd. Nauka, Novosibirsk, 1977.
- BRÂNZEI P., *Itinerar psihiatric*. Ed. Junimea, Iași, 1975.
- BRÎNZEU P., *Educația estetică în chirurgie*. Ed. Didactică și Pedagogică, București, 1966.
- BRÎNZEU P., *Curs de cultură medicală*. Inst. de Med. Timișoara, 1967.
- BRÎNZEU P., GAVRILESCU ȘT., FRÂNKEL-GORO E. și LEVIN S., *Discuții pe marginea grefelor de inimă*. Inst. de Medicină, Timișoara, 1969.
- BRUN S., *La main et l'esprit*. P.U.F., Paris, 1963.
- BRÜNER W., La psicologia della scrittura e le sue relazioni con la psicopatologia. "Riv. Psicol. Scritt.", 1966, vol. 12, nr. 2, p. 147.
- BUGARD P., *La fatigue*. Masson, Paris, 1960.
- BUGARD P., *L'usure par l'existence*. Masson, Paris, 1964.
- BÜHLER CH. and MASSARIK F., *The Course of Human Life*. Springer, New York, 1968.
- BÜHLER CH., *Der menschliche Lebenslauf als psychologisches Problem*. Hirzel, Leipzig, 1933.
- BÜHLER CH., Le cours de la vie à travers les biographies. "J. Social. Psychol.", 1933, vol. 19, p. 405.
- BÜRGER M., *Die Hand der Kranken*. Lehmann, München, 1956.

- BUYTENDIUK S. S., *La femme - ses modes d'être, de paraître, d'exister*. Desclée de Bouver, Paris, 1967.
- CAILLE F., *Caractères et écritures*. P.U.F., Paris, 1957.
- CANGUILHEM G., *Le normal et le pathologique*. P.U.F., Paris, 1966.
- CARTON P., *Diagnostic et conduite des tempéraments*. Maloine, Paris, 1926.
- CARREL AL., *L'homme, cet inconnu*. Plon, Paris, 1935.
- CATTELL R. B., *The Description and Measurement of Personality*. Yonkers, New York, 1946.
- CEPÎLOV F., *Povestiri despre chirurgi*. Ed Tineretului, București, 1954.
- CHERTOK L., *L'hypnose*. Masson, Paris, 1959.
- CHERTOK L., *Les méthodes psychosomatiques d'accouchement sans douleur*, Exp. Scient. Française, Paris, 1958.
- CINOTTI W. R., GRIEDER A., SPRINGOB H. K., *Applied Psychology in Dentistry*. C. V. Mosby, Saint Louis, 1972.
- CIOFU I., GOLU M., VOICU C., *Tratat de psihofiziologie*. Vol. I. Ed. Acad. R.S.R., București, 1978.
- CLAUSEN S. A., *The Sociology of Mental Illness*, în sol. *Sociology today - Problems and Prospects*. Basic Books, 1959, p. 485.
- COHEN J., CULLEN J. W., MARTIN L. R., *Psychological aspects of cancer*, Raven Press, New York, 1982.
- COLLIER R. M., *The Role of Affect in Behavior*, "J. Indiv. Psychol.", 1966, vol. 22 nr. 1, p. 3.
- COLONAȘ FL., Rolul aspectului psihologic în reușita tratamentului stomatologic. "Rev. Psihol.", t. 25, 1979, nr. 1, p. 91.
- CONDRAU G., *Psychosomatik der Frauenheilkunde*. Huber, Bern-Stuttgart, 1965.
- CONDRAU G., *Problèmes psychosomatiques en gynécologie*. "Méd. et Hyg." 1967, nr. 766, p. 153.
- CONRAD K., *Der Konstitutionstypus als genetisches Problem*. Berlin, 1941.
- CORMAN L., *La morpho-physiologie*, în *Encyclopédie Psychologique*, vol. I, Paris, p. 82.

- CORNIER A., *Introduction à la médecine psychosomatique*, "Cah. Biothér.", 1964, nr. 3, p. 133.
- COTTRAUX J., *Psychosomatique et médecine comportementale*, Masson, Paris, 1981.
- COTTRAUX J., *Les thérapies comportementales et cognitives*, Ed. Masson, Paris, 1990.
- COUË E., *Stăpânire de sine*. Ed. 3. Cultura Românească, București, f.a.
- CUCU C. I., *Manifestări psihiatrice în clinica medicală*. Ed. Litera, București, 1977.
- CUCU C. I., *Psihologie medicală*. Ed. Litera, București, 1980.
- DAMILANO S., *Importanța culorii în mediul spitalicesc*. "Bul. Informare C.D.M.", 1967, nr. 2, p. 152.
- DANIAUD S., *Stimulotherapie cutanée*. Maloine, Paris, 1964.
- DAVIDESCU G., *Pe paleta vieții*. Ed. Științifică, București, 1965.
- DEBRAY S. R., *Le malade et son médecin*. Flammarion, Paris, 1965.
- DEBRAY Q., *Les personnalités pythologiques selon une approche cognitive et thérapeutique*. Ed. Masson, Paris, 1995.
- DELAY J., PICHOT P., *Abrégé de psychologie à l'usage de l'étudiant*. 3 ed Masson, Paris, 1967.
- DELORE P., *Introduction à la médecine de l'homme en santé et de l'homme malade*. Masson, Paris, 1944.
- DELLI PONTI M., LUBAN-PLOZZA B., *Il terzo orecchio - Musica e psiche centroscientifico*, Tarinese, 1986.
- DEBENEDETTI E., *Conoscenza ed errore in medicina*. Minerva medica, Torino, 1959.
- DE M'UZAN, *La médecine psychosomatique*, în *Encyclopedie de Psychologie*. Nathan, Paris, 1962. T.I., p. 72.
- DIEPGEN P., *Frau und Frauenheilkunde in der Kultur des Mittelalters*. Thieme, Stuttgart, 1963.
- DIMITRIU C. GH., *Dimensiunea psihologică a medicinei*, "Contemporanul", 1964, nr. 43 (941), p. 7.
- DIMOND ST. S. and BLIZARD D. A. (ed.), *Evolution and lateralization of the brain*. "Ann. N. Y. Acad. Sci.", vol. 299, 1977.

- DONGIER M., Spécificité et non-spécificité en psychosomatique cardiovasculaire. "Méd. Et Hyg.", 1967, nr. 766, p. 156.
- DUBLINEAU S., Reflexions sur la psychologie de la sénescence. "Ann. Méd.-psychol.", 1948, t.1, p. 323.
- DUBLINEAU S., *Les grandes crises de l'enfance*. Ed. Blond, Paris, 1947.
- DUMAS G., *Nouveau traité de psychologie*, t. III, Alcan, Paris, 1932.
- DUMITRESCU-POPOVICI I., Simțul clinic. "Acta med. rom.", 1946, vol. 19, nr 3-4, p. 256.
- DUMBAR F., *Emotion and Bodily Changes*. Columbia Univ. Press, New York, 1947.
- DURMIȘIAN M. G., *Învățăturile lui I. P. Pavlov, baza dezvoltării științei medicale contemporane*. Ed. de Stat, București, 1953.
- DUYCKAERTS FR., *La notion de normal en psychologie clinique*. Vrin, Paris, 1966.
- EDMONSTON W. E. (ed.), Conceptual and investigative approaches to hypnosis and hypnotic phenomena. "Ann. N. Y. Acad. Sci.", vol. 296, 1977.
- EITNER S., *Gerohygiene*. Ed. Volk und Gesundheit, Berlin, 1966.
- ELSDON-DEW R. W., WINK C. A. and BIRDWOOD G. F. B. (ed.), *The Cardiovascular, Metabolic and Psychological Interface*. Academic Press, London, 1979.
- ELIADE M., *Fragmentarium*. Ed. Vremea, București, 1939.
- ENĂTESCU V. et CODREANU L., à communication dans le dialogue médecin-malade et le rôle de la communication extra-verbale. 8 Congr. Int. Cybernétique, Namur, 1976, p. 927.
- ENKE W., *Die Psychomotorik der Konstitutionstypen*. Barth, Leipzig, 1930.
- ERMIANE M. et GUILHOT M., Dynamique des expressions du visage et des mouvements associés de la tête dans les psychoses et les névroses. "Biol. Méd.", 1961, vol. 50, p. 353.
- ETIOPE S., *Elementi di psico-oncologia generale e ginecologica*, Piccin, Padova, 1989.
- EVANS A. E. and EDIN S., If a Child must die. "New England J. Med.", 1968, vol. 278, p. 138.

- EY H., BERNARD P., BRISSAT CH., *Manuel de psychiatrie*. Masson, Paris, 1963.
- EYSENCK H. S., *Les dimensions de la personnalité*. P.U.F., Paris, 1950.
- EYSENCK H. S., *Crime and Personality*. Routledge-Kegan Paul, London, 1965.
- EYSENCK H. S., *Die Ungleichheit der Menschen*. List, München, 1975.
- FÄHRMANN R., *Die Deutung des Sprachausdrucks*, Bouvier, Bonn, 1960.
- FELDMAN R.S., *Social Psychology*, Mc Graw Hill, New York, 1985.
- FERRABOUCLÉ CL., Psychologie et hygiène, în *Encyclopédie de Psychologie*, vol. 1, 1962, p. 204.
- FERVERS C., *Der Ausdruck des Kranken*. Lehmann, München, 1935.
- FERVERS C., *Schmersbetäubung und Seelische Schonung*. Enke, Stuttgart, 1940.
- FODOR O. (sub red.), *Biologie și vârstă*. Ed. Dacia, Cluj, 1971.
- FOIX P., *La graphologie dans le monde moderne*. Payot, Paris, 1959.
- FORD D. N. and URBAN H. B., Psychotherapy, în "An. Rev. Psychol.", 1967, vol. 18, p. 333.
- FORGUE E., *Au seuil de la chirurgie*. Doin, Paris, 1927.
- *** *Formes de la douleur*. Ciba-Geigy, Basel, 1976.
- FOUGERAT E., *Le dictionnaire des visages*. Ed. Techniques et artistiques, Paris, 1949.
- FRAMBILLA F., BRIDGES P. H., ENDRÖCZI E., HEUSER G. (ed.), *Perspectives in endocrine psychobiology*. Akad. Kiadó, Budapest, 1978.
- FRAISSE P. et PIAGET J., *Traité de Psychologie expérimentale*. P.U.F., Paris, 1963.
- FRAISSE P., *Eléments de chronopsychologie, Le Travail humain*, 1980.
- FRANC L., *L'ésprit et les glandes*. Debresse, Paris, 1960.
- FRANCES R., *Le perception de la musique*. J. Vrin, Paris, 1958.

- FRANCSTEIN S., *Reflexele organului lezat*. Ed. de Stat, București, 1954.
- FRANK S. D., Les facteurs curatifs des psychothérapies, "Med. Prisma" nr. 2, Böhringer, Ingelheim, 1975.
- FRANKL V. E., Grundriss der Existenzanalyse und Logotherapie, în *Hdbch. Der Neurosenlehre*, Urban - Schwarzenberg, München-Berlin, 1953, Ed. III, p. 633.
- FREUD S., *La psychopathologie de la vie quotidienne*. Payot, Paris, 1924.
- FRIEDEMANN A., Schicksalsanalytische Gesichtspunkte in der Psychotherapie, în *Haben der Neurosenlehre*, vol. 3, Urban - Schwarzenberg, Wien-München, 1959, p. 335.
- FRONESCU E., *Erori de diagnostic în medicina internă*. Ed. Medicală, București, 1970.
- GAVRILIU L., S. Freud sau dreptul la adevăr, în S. Freud, *Opere alese*, Ed. Didactică și Pedagogică, 1980, p. 7.
- GEBSATTEL E. V., *Prolegomena einer unedizinische Anthropologie*. Springer, Berlin-Göttingen-Heidelberg, 1954.
- GELLHORN E. A., LOOFBOURROW G. N., *Emotions and emotional disorders*. Hoeber, New York, 1963.
- GHEORGHIU VL. A., Betrachtungen über Suggestion und Suggestibilität. "Scientia", sept.-oct. 1972, Milano.
- GHÎȚESCU GH., *Anatomie artistică*, vol. III, Ed. Meridiane, București, 1965.
- GLASER B. G. and STRAUSS A. L., *Awareness of Dying*, Aldine Publ., Chicago, 1965.
- GOIA I., Să învățăm din greșelile de diagnostic! "Muncitorul sanitar", 1967, an 18, nr. 16 (880), p. 1.
- GOLU M., *Natura și bazele neurofiziologice ale psihicului*. Ed. Științifică și Enciclopedică, București, 1980.
- GROTHJAHN A., *Ärzte als Patienten*. G. Thieme, Leipzig, 1929.
- GUILFORD J. P., *Personality*. Mc Graw Hill, New York, 1959.
- GULIAN C. I., *Sensul vieții în folclorul românesc*. ESPLP, București, 1957.

- GULIAN C.I., *Originile umanismului și ale culturii*. Ed. Acad. R.S.R., București, 1967.
- GUTTENBERG O. E., The Meaning of Death in Medical Theory. "Stanford Med. Bull.", 1959, vol. 17, p. 165.
- GÜNTHER J., Timide plaidoyer en faveur de l'hypochondrie. "Symp. Ciba", 1962, vol. 10, nr. 1, p. 38.
- HANSEMAN D. von, *Der Aberglaube in der Medizin*. 2 Aufl. Teubner, Berlin, 1914.
- HAYNAL A. et PASINI W., *Abrégé de Médecine psychosomatique*. Masson, Paris, 1978.
- HAZERMANN R. H., Exigences psychologiques dans les services hospitaliers de convalescence. VIII Coll. intern. psychol. méd., genes, 1965, p. 21.
- HEISER V., *L'extraordinaire odysée d'un médecin*. Ed. Corrêa, Paris, 1938.
- HELD R. R., *De la psychanalyse à la médecine psychosomatique*. Payot, Paris, 1968.
- HEYMANS G., *La psychologie des femmes*. Alcan, Paris, 1925.
- HILL A., *L'art contre la maladie*. Vigot, Paris, 1947.
- HIRT M., ROSS W. D., KURTZ R. and GLENER G., Attitudes to body products among normal subjects. "J. abnorm. Psychol.", 1969, vol. 74, nr. 4, p. 486.
- HUDSON R. P., Polypharmacy in twentieth century America, "Clin. Pharmacol. Therap.", 1968, vol. 9, nr. 1, p. 2.
- HURLOCK E., *Child development*. Mc Graw Hill, New York, 1964.
- *** L'image du médecin vue par des adolescents. Ed. Ciba-Geigy, Basel, 1980.
- IAMANDESCU I. B., *Stressul psihic și bolile interne*. Ed. All, București, 1993.
- IONESCU G., *Introducere în psihologia medicală*. Ed. Științifică, București, 1973.
- IONESCU G., Criteriile și coordonatele sănătății medicale. "Neurol., psihiatr., neurochir.", 1979, vol. 24, nr. 2, p. 81.
- IONESCU G., Psihoterapia prin condiționare. "Analele Univ. București, Psihologie", 1973, an 22, p. 133.

- IONESCU G., Psihoterapiile condiționării – replică modernă a psihanalizei clasice. "Neurol., psihiatr., neurochir.", 1973, vol. 18, nr. 6, p. 481.
- IONESCU G., *Psihosomatica*. Ed. Științifică și Enciclopedică, București, 1975.
- IONESCU G., *Ce este psihopatologia?* Ed. Științifică și Enciclopedică, București, 1979.
- * * * L'irrationnel en médecine. "Documenta Geigy", Bâle, 1970.
- IVANOV-SMOLENSKI A. G., *Studii de fiziopatologie a activității nervoase superioare*. Ed. de Stat, București, 1951.
- IVANOV-SMOLENSKI A. G., Despre studiul tipurilor de activitate nervoasă superioară la animale și om. "Rev. șt. med. – med. internă", 1953, nr. 4, p. 9.
- JASPERS K., *Allgemeine Psychopathologie*. 8 Aufl. Springer, Berlin, 1965.
- JASPERS K., *Psychologie der Weltanschauungen*. Springer, Berlin, 1925.
- JASPERS K., *Philosophie und Welt*. Piper, München, 1963.
- JONCKHEERE P., Considération sur la psychothérapie. "Acta neurol. psychiat. belg.", 1965, vol. 65, nr. 9, p. 667.
- JOST J., La musicothérapie. "Santé publique", 1960, p. 197.
- JOST J., *Musique, psychologie et psychothérapie*. Ed. sociales, Paris, 1964.
- JOUE A., DONGIER M., DELSAGE M. et NAYAUD R., Recherches psychosomatiques en cardiologie. "Presse méd.", 1961, vol. 69, nr. 55, p. 2595.
- KALMAR J.M., *Traitement homoeopathique des troubles du psychisme et du caractère*. Doin, Paris, 1955.
- KANATSOUKIS A., *Psychologie du cardiaque*. Doin, Paris, 1961.
- KAUFMAN M.R. and HEIMAN M. (ed.), *Evolution of Psychosomatic Concepts. Anorexia nervosa: a paradigm*. Intern. Univ. Press, New York, 1964.
- KAUPP D.K., Les malades que l'on ne vent pas guérir. "Le nouvel observateur", 1967, nr. 124, p. 68.

- KERNBACH M., Orientarea medicinei moderne spre psihologie și spre alte științe spirituale. "Rev. de Psihologie", 1943, vol. 6, nr. 1, p. 1.
- KERNBACH M. și ROMANESCU N., *Hotarul tradițional și legal al profesiei medicale*. Tip. Transilvania, Cluj. 1935.
- KIELHOLZ P. (ed.), *A therapeutic approach to the psyche via the betaadrenergic system*. Huber, Bern – Stuttgart – Vienna, 1978.
- KLAGES L., *Die Grundlagen der Charakterkunde*. Barth, Leipzig, 1936.
- KLAGES L., *Handschrift und Charakter*. 24 Aufl., Bonn, 1954.
- KLOTZ H.P. et coll., La médecine psychosomatique existe-t-elle? "Cahiers Coll. Méd. Hôp. Paris", 1965, vol. 6, nr. 4, p. 277.
- KOELSCH A., *Hände und was sie sagen*. Küssli, Zürich – Leipzig, 1929.
- KONECCNY R., BOOCHAL M., *Psychologie v lékařství*. Avicenum, Praha, 1979.
- KOURILSKI R., *La formation psychologique des médecins*. Ed. Maloine, Paris, 1964, p. 27.
- KRAFT T.B., Stress ou surmenage? "Hexagone Roche", an 7, nr. 5, 1979, p. 1.
- KRAFFT-EBING E. und MOLL A., *Psychopathia sexualis*. Payot, Paris, 1963.
- KRAMER E., *Arttherapy in a Children Community*. C. Thomas, Springfield, 1958.
- KRETSCHMER E., *Medizinische Psychologie*. * Aufl. G. Thieme, Stuttgart, 1951.
- KRETSCHMER E., *Körperbau und Charakter*. ** Aufl. G. Thieme, Stuttgart, 1950.
- KRIEGER D.T. and GANONG W.F., *ACHT and related peptides: structure, regulation and action*. "Ann. N.Y. Acad. Sci.", vol. 297, 1977.
- KUDLIEN FR., Der Arzt des Körpers und der Arzt der Seele. "Ciba. Medica", 1968, vol. 3, p. 1.
- LABORIT H., *Biologie et structure*. N.R.F., Paris, 1968.

- LACROIX R., Médecine et musique. "La revue musicale", 1962, nr. 10, p. 27.
- LASAGNE L., LATIES V.A. and DOHAN L.J., Further Studies on the Pharmacology of Placebo Administration. "J. Clin. Invest.", 1958, vol. 37, p. 533.
- LAZARUS R.S., *Psychological Stress and the Coping Proces*. Mc Graw Hill, New York, 1966.
- LEBEDINSKI M.S. i MIASIŠCEV V.N., *Vvedenie v meditsinskiiu psihologhii*. Izd. Meditsina, Leningrad, 1966.
- LEDERER H.D., How the Sick view their World. "J. social Issues", 1952, vol. 8, p. 4.
- LEIBBRAND W., *Heilkunde*. Alber, Freiburg - München, 1953.
- LEFFÈVRE M., *Critiques de la vie quotidienne*. Ed. de l'Arche, Paris.
- LEIFER R., Psychotherapy, Scientific Method and Ethics. "J. Psychother.", 1966, vol. 20, nr. 2, p. 295.
- LE NY F., Les réactions conditionnelles. în *Traité de Psychologie expérimentale*, vol. IV, P.U.F., Paris, 1964, p. 2.
- LEONHARD K., *Personalități accentuate în viață și în literatură*. Ed. Științifică și Enciclopedică, București, 1979.
- LE SHAN L., An Emotional Life - history Pattern Associated with Neoplastic Diseases. "Ann. N.Y. Acad. Sci.", 1966, vol. 125, art. 3, p. 780.
- * * * *Les troubles psychosomatiques*. OMS. Rapport technique nr. 275, 1964.
- LEURET FR. et BON H., *Les guérisons miraculeuses modernes*. P.U.F., Paris, 1956.
- LÉVY A., *Psychologie sociale - textes fondamentaux anglais et américains*, Vol. I, Dunod, Paris, 1965.
- LEVY S.M., *Behavior and cancer. Life Style and psycho-social factors in initiation and progression of cancer*, Jossey-Bass, San Francisco, 1983.
- LIUBINSKAIA A.A., *Die psychische Entwicklung des Kindes*. Volkund Wissen, Berlin, 1961.
- LOOMIS F.M., *Das Band zwischen uns: der dritte Faktor*. Fittsli, Zürich, 1942.

- LORAS O., *La médecine de la personnalité*. Payot, Paris, 1956.
- LUBAN-PLOZZA B. et PÖLDINGER E., *Le malade psychosomatique et le médecin praticien*. Ed. Roche, Bâle, 1974.
- LUBAN-PLOZZA B., IAMANDESCU I.B., *Dimensiunile psihologice ale muzicii. Introducere în muzicoterapie*. Ed. Romcartexim, București, 1997.
- LUNGER M. u. SHAPIRO A., *Iatrogene Schäden in Rahmen der Psychosomatischen Medizin*, în D.M. Spain, *Iatrogene Krankheiten*. G. Thieme, Stuttgart, 1967, p. 287.
- MACAVEI I., Importanța ginecopsiilor funcționale în medicina transporturilor. "Stud. cercet. med. (Cluj)", 1963, p. 209.
- MAEDER A., *La personne du médecin, un agent psychotherapeutique*. Deslechaux et Niestlé, Paris, 1953.
- MAJOCCHI A., *Printre bisturie și foarfece*. Ed. Cioflec, București, 1943.
- MALESPINE E., *La graphographie et ses applications*, în *Traité de médecine biotypologique*. Doin, Paris, 1955.
- MARCEL G., *Was erwarten wir von Arzt?* Enke, Stuttgart, 1956.
- MARINESCU GH., *Lourdes și Maglavit*. Tip. Universul, București, 1936.
- MARTINY M., *Essai de biotypologie humaine*. Peyronnet, Paris, 1948.
- MARTY P., de MUZAN M. et DAVID C., *L'investigation psychosomatique*. P.U.F., Paris, 1963.
- MASON J. W. et al., Organization of Psychoendocrine Mechanisms. "Psychosom. Med.", 1968, vol. 30, nr. 5, p. 565.
- MARTHEY S., *Contribution à l'étude des balancement psychosomatiques*. Thèse. Vigot, Paris, 1938.
- MAURIEL R., Les nevrosée de la température. "L'Express", 1966, nr. 809, p. 36.
- MAY E., *Heilen und Denken*. Berlin, 1956.
- MAICĂNESCU M., SĂHLEANU V., IONESCU B., *Probleme de sexologie masculină*. Ed. Medicală, București, 1958.
- MĂRGINEANU N., *Psihologia persoanei*. Ed. II. Ed. Universității din Cluj, Sibiu, 1944.

- MC DONALD R., The Effects of Personality Type on Drug Response. "Arch. Gen. Psychiatry", 1967, vol. 17, p. 680.
- MC KEON R., The Concept of Mankind and Mental Health. "Ethics", 1966, vol. 77, nr. 1, p. 23.
- MC QUEEN D., Perspectives socio-culturelles dans la santé et la maladie. "Med. Prisma" nr. 4, Boehringer, Ingelheim, 1978.
- MEAD S., The doctor has stroke. "The Lancet", 1963/2, p. 574.
- MEERLOO J. A. M., Cancer et psyche. "Med et Hyg.", 1970, nr. 920, p. 945.
- MELZACK R., Evolution of Pain Theories. "Anesthesiology", vol. 31, nr. 3, 1969, p. 203.
- MELZACK R. and WALL P. D., Interaction of fast - and slow - conductivity fiber systems involend in pain and analgesia. Proc. 3 Int. Pharm. Meeting, 1966, vol. 9, p. 231.
- MELZER H., *Der Einfluss der TBK auf das Seelenleben des Kranken*. Stuttgart, 1933.
- MENG H., *Protection de la santé mentale*. Payot, Lausanne, 1944.
- MENG H., *Psyche und Hormon*. Heber, Stuttgart, 1960.
- MENNINGER K., *Theory of Psychoanalytic Technique*. Ed. Science, New York, 1961.
- MERGER R. et CHADEYRON P. A., *L'accouchement sans douleur*. P.U.F., Paris, 1964.
- METCHNIKOFF E., *Essais optimistes*. Alcan, Paris, 1907.
- MICHEL-WOLFROMM H., *Gynécologie psychosomatique*. Masson, Paris, 1963.
- MIHĂILĂ I. și colab., Cercetări privind solicitările organismului femeii în muncă, în gospodăria proprie. "Fiziol. norm. patol.", 1966, vol. 12, nr. 5, p. 459.
- MIHU A., *Sociometria*. Ed. Politică, București, 1967.
- MILLENSON J. R., *Analysis of Behavior*. Wiley, New York, 1967.
- MILLER H. P., *Psycho-immunology*. American Psychiatric Press, Washington DC., 1989.
- MILVY P. (ed.), *The Marathon: physiological, medical, epidemiological and psychological studies*. "Ann N. Y. Acad. Sci.", vol. 301, 1977.

- MINKOWSKI E., *Traité de psychopathologie*. P.U.F., Paris, 1966.
- MOISEEV V. I., *Cibernetica în biologie și medicină*. Ed. Medicală, București, 1962.
- MONTAGNER H., *Les rythmes de l'enfant et de l'adolescent*. Ed. Stock, Pernoud, 1983.
- MONTASSUT M. et LEROY CL., De quelques répercussions psychologiques et psychiatriques contemporaines. "Gazette méd. de France", 1962, t. 69, nr. 4, p. 1 107.
- MOOR L., *L'écriture de l'enfant. Sa psychologie et ses troubles*. "Gaz. Méd. France", 1965, vol. 72, p. 2 435.
- MORALI-DANINOS A., *La psychologie appliquée*. F. Nathan, Paris, 1956.
- MUCCHIELLI R., *Psilosophie de la médecine psychosomatique*. Montaigne, Paris, 1961.
- MÜLLER O., *Grundsätzliches zum Kampf um ein besseres Arztium*. Hippokrates-Verlag, Stuttgart - Leipzig, 1935.
- MÜLLER-HEGEMANN D., Über das psychotherapeutische Minimum. "Stud. cercet. Neurol.", 1960, vol. 5, nr. 2-3, p. 371.
- MURPHY G., *Personality*. Basic Books, New York, 1966.
- NACHT S., Névrose et caractère. "Revur fr. psychanal.", 1966, vol. 30, nr. 3, p. 295.
- NAUMBURG M., *Psychoneurotic Art: its Function in Psychotherapy*. Grum-Stratton, New York, 1953.
- NEAGU BASARAB M., *Medici despre geniu*. Ed. Albatros, București, 1976.
- NEGREA ECATERINA, *Psihic și hormoni*. Teză de doctorat. Univ. București, 1975.
- NEISWANDER E. C., To be or not to be: Suicide. "J. Assoc. Intern. Homeopat.", 1965, nr. 1-2, p. 42.
- *** Neural regulation of food and water intake. "Ann. N. Y. Acad. Sci.", 1969, vol. 157/2, p. 531.
- NICHIFOR E. și BOCÎRNEA C., *Muzica și medicina*. Ed. Medicală, București, 1965.
- NICOLAU EDM. și BĂLĂCEANU C., *Elemente de neurocibernetică*. Ed. Științifică, București, 1967.

- NICOLLE CH., *Responsabilités de la médecine*. 2 série, Alcan, Paris, 1936.
- NUNBERG H., *Practice and Theory of Psychoanalysis*, I. Internat. Univ. Press, New York, 1961.
- NUTTIN J., RICHELLE M., *Du temps biologique au temps psychologique*. P.U.F., Paris, 1979.
- OKINCZYK J., *L'humanisme médical*. Ed. Labergerie, Paris.
- PALAISEUL J., *An delà de la médecine. Tous les moyens de vous guérir interdits aux médecins*. Laffont, Paris, 1957.
- PAMFIL ED. și ODOBESCU D., *Psihologie și informație*. Ed. Științifică, București, 1973.
- PANCHERI P. (sub. red.), *Lo stress in psichiatria e in psico-somatica*. Il pensiero scientifica, Roma, 1982.
- PARHON C. I., *Psihozele afective*. Tip. Viața Românească, Iași, 1925.
- PARHON C. I., *Edafologia sau știința terenului*. "Medicina Română", 1948.
- PAUL B. D., *Health, culture and community*. Russel, New York, 1955.
- PAUL H. A., *Typenforschung in der Arbeitswissenschaft*. "Arbeit und Leistung", 1966, vol. 20, nr. 7/8, p. 108-115.
- PAULHAN FR., *Analyses et esprits synthétiques*. Alcan, Paris, 1928.
- PAVELCU V., *Caracterele afectivității*. "An. de Psihologie", 1937, vol. 4, p. 204.
- PAVELCU V., *Probleme de tipologie*. "Rev. de Psihologie", 1957, nr. 2, p. 25.
- PAVELCU V., *Drama psihologiei*. Ed. Științifică, București, 1965.
- PAVELCU V., *Un profil psihologic al feminității*. Ed. Didactică și Pedagogică, București, 1971.
- PAVESE C., *Meseria de a trăi*. EPLU, București, 1967.
- PAVLOV I.P., *Opere alese*. Ed. Academiei R.P.R., București, 1952.
- PAVLOV I. P., *Experiența a douăzeci de ani în studiul activității nervoase superioare a animalelor*. Ed. Academiei R.P.R., București, 1953.

- PĂUNESCU-PODEANU A., *Bolnavi dificili*. Ed. Medicală, București, 1969.
- PEATNIȚCHI I., *Metodologia diagnosticului medical*, în vol. II din *Dialectica metodelor în cercetarea științifică*. Ed. Științifică, București, 1966, p. 147.
- PÉLIER Y., *Le suicide, milieux et modèles*. "Rev. Psychol. peuples", 1967, vol. 22, nr. 1, p. 47.
- PENCIU P. (sub. red.), *Educația sanitară*. Ed. Medicală, București, 1964.
- PENDE N., *Tratatto di biotipologia umana, individuale e sociale*. Ed. Vallardi, Milano, 1939.
- PENDE N. et MARTINY M. (ed.), *Traité de médecine biotypologique*. Doin, Paris, 1955.
- PERVIN L. A., LEWIS M. (ed.) *Perspectives in interactional psychology*. Plenum Press, New York, 1978.
- *** *Physionomie et communication*. "Ciba revue", Bâle, 1975.
- PICHOT P., *Obsession et phobies*. "La revue du praticien", 1965, t. 15, p. 759.
- PICHOT P., *Le malade imaginaire*. "Med. Fr.", 1965, nr. 160, p. 11 și 47.
- PIÉRON H., *Les besoins*, în *Traité de Psychologie expérimentale*, vol. III. P.U.F., Paris, 1963.
- PITTS F.N., *The Biochemistry of Anxiety*. "Scient. American", vol. 220, 1969, nr. 2, p. 69.
- PÎRVU N., *Studii de psihologia artei*. Ed. Didactică și Pedagogică, București, 1967.
- PLATONOV C. I., *Sugestia și hipnoza în lumina învățăturii lui I.P. Pavlov*. Ed. de Stat, București, 1953.
- PLUTCHIK R., *What is emotion?* "J. Psychol.", 1965, vol. 61/2, p. 295.
- POLITZER G., *La crise de la psychologie contemporaine*. Ed. sociales, Paris, 1947.
- POPA GR. T., *Evoluția unui om și a unei științe*. (Extras din) "Rev. Șt. Med.", București, 1943.

- POPESCU D., *Durerea – prieten și dușman*. Ed. medicală, București, 1960.
- POPESCU GR. GR. și RĂDULESCU S. M., *Socioologia medicinei*. Ed. Medicală, București, 1976.
- POPESCU-SIBIU I., *Psihanaliza*. Ed. Werther, Sibiu, 1947.
- POPESCU-NEVEANU P., *Tipurile de activitate superioară la om*. Ed. Acad. R.P.R., București, 1961.
- POPESCU-NEVEANU P., *Dicționar de psihologie*. Ed. Albatros, București, 1978.
- POROT M., *La psychologie des tuberculeux*. Delachaux et Nieslé, Paris – Neuchâtel, 1950.
- PORTES L., *À la recherche d'une éthique médicale*. Masson, Paris, 1954.
- POSTELNICU D., *Posibilitățile și limitele endocrinologiei*. Ed. Academiei R.S.R., București, 1973.
- POSTELNICU D., Asistența psihologică în cancerul de sân, în *Cancerul sânuului*. Cluj-Napoca, 1978, p. 369.
- POSTELNICU D., CHIRA AL. și SĂHLEANU V., *Introducere în gerontologie*. Ed. Acad. R.S.R., București, 1969.
- POTET M., *Hygiène mentale*. Le François, Paris, 1932.
- PREDA GH., MINCU T., STOENESCU T., LUNGU M., Considerații asupra psihoterapiei și în special asupra hipnozei, în *Probleme de psihiatrie*. Ed. Medicală, București, 1957, p. 196.
- PREDESCU V. (sub red.), *Psihiatrie*. Ed. medicală, București, 1976.
- PRESCOTT FR., *The Control of Pain*. The English, Univ. Press, London, 1964.
- PRILL H. J., *Psychosomatische Gynäkologie*. Urban – Schwarzenberg, München, 1964.
- PROKOP O. (ed.), *Medizinischer Okkultismus – Paramedizin*. 2 Aufl. Fischer, Jena, 1964.
- *** *Psychologie clinique*. "Bull. Psychol. Univ. Paris", vol. XXI, nr. 15-19 (270).
- *** *Psycho-physiological Aspects of Cancer*. "Ann. N. Y. Acad. Sci.", 1966, vol. 125, art. 3.
- RALEA M., *Psihologie și viață*. Ed. Fundațiilor, București, 1938.

- RALEA M., *Explicarea omului*. Ed. Cartea Românească, București, 1945.
- RALEA M., și HERSENI TR., *Introducere în psihologia socială*. Ed. Științifică, București, 1966.
- RAUH F., *Das sittliche Leben des Menschen im Licht der vergleichenden Verhaltensforschung*. Butzon – Bercker, Kvelaer, 1969.
- RĂCEANU ILEANA, Mecanisme psihice în etiopatogenia colitei ulcerose. "Med. internă", 1969, nr. 9, p. 1103.
- READER G.G. and GROSS N. E. W., *The Sociology of Medicine*, în vol. *Sociology today – Problems and Prospects*. Basic Books, New York, 1959.
- REIMANN H., Die Gesellschaft und der Geistesranke. "Social Psychiatry", 1969, vol. 4, nr. 3, p. 87.
- REINBERG A., LABREQUE, SMOLENSKY M.H., *Chronobiologie et chronothérapeutique*. Ed. Flammarion, Paris, 1991.
- RESTEN R., *Ecriture et malades*. Ed. la François, Paris, 1947.
- RESTIAN A., De la pathologie moléculaire à la pathologie informationnelle. *Agressologie*, 1980, vol. 21. Nr. 3, p. 131.
- RESTIAN A., *Elemente de patologie informațională*. Ed. Dacia, Cluj-Napoca, 1977.
- RESTIAN A., La neurocybernétique de la superisation ou les mécanismes cybernétiques de l'intelligence. *Cybernetica*, XXIII, nr. 3, 1980, p. 221.
- RIESE W., *La pensée morale en médecine*. P.U.F., 1954.
- ROFÉ J., *Orientări în igiena mentală*. Ed. Cioflec, București, f.a.
- ROȘCA AL., (sub redacția), *Psihologie experimentală*. Ed. Didactică și Pedagogică, București, 1964.
- ROTHSCHUH K., *Prinzipen der Medizin*. Urban – Schwarzenberg, München – Berlin, 1965.
- ROUSSET S., Le malade mental est-il un adulte? în *Humaniser l'hôpital psychiatrique*. Ed. du Cerf, Paris, 1958.
- RUBINSTEIN S. L., O meste psiheskogo vo vseobșei vzainosveazi iavlenii materialnogo mira, în col. *Bîite i soznanie*. Izd. Akad. Nauk. S.S.S.R., Moskva, 1957.

- RUBINSTEIN S.L., *Existență și conștiință*. Ed. Științifică, București, 1962.
- RUSSEK H. J., Emotional Stress and Coronary heart Disease in physicians, *Psychosom. Med.*, 1960, vol. 4, p. 328.
- SCHACHTER M., Profilul psihologic al T.B.C., *Analele de psihologie*, 1935, vol. 2, p. 132.
- SCHADEWALDT H., Der Arzt vor der Frage von Leben und Tod. "*Klin Wschr*", 1969, vol. 47, p. 557.
- SCHAEFFER H., La sociopsychiologie. *Das med. Prisma*, nr. 6 Boehringer, Ingelheim, 1974.
- SCHLEMMER A., Peut-on faire de la médecine générale sans faire de la psychothérapie? în vol. La formation psychologique des médecins. Ed. Maloine, Paris, 1964, p. 49.
- SCHNEIDER K., Die psychopathischen Persönlichkeiten. Deuticke, Wien, 1942.
- SCHNEIDER P., Lebensglaube eines Arztes. Hirzel, Leipzig, 1921.
- SCHNEIDER P. B., L'angoisse devant l'état de maladie, în vol. *Réactions psychologiques à la maladie*. Ed. Expansion scientifique française, Paris, 1963, p. 41.
- SCHREIDER E., *Les types humains*. Ed. Hermann, Paris, 1937.
- SCHULTE W., *Studien zur heutigen Psychotherapie*. Quelle – Meyer, Heidelberg, 1964.
- SCHULTZ J. H., *Autogen Training*. G. Thieme, Stuttgart, 1939.
- SCHULZE H., *Der progressiv domestizierte Mensch und seine Neurosen*. Lehman, München, 1964.
- SCHWAB J.J. and HARMELING J.D., Body Image and Medical Illness, "*Psychosom. Med.*", 1968, vol. 30, nr. 1, p. 51.
- SERANE S. et PÉAN CH., în vol. *Actualités de Vittel (Rein et Foie)*. VI., 1964.
- SERGEANT E., *Apologie de la clinique*. Doin, Paris, 1933.
- SHERWIN A. C., A Consideration of the therapeutic Use of Music in Psychiatric Illness. "*J. Nerv. Ment. Dis.*", 1958, vol. 127, nr. 1, p. 84.
- SIGERIST H. E., *Introduction à la médecine*. Payot, Paris, 1932.
- SIMONOV P. V., O roli emocii v prispособitel'nom povedenii živih sistem. "*Vopr. Psihol.*", 1965, vol. 11, nr. 4, p. 75.

- SIVADON p. (direct.), *Traité de psychologie médicale*. T. I-III. P.U.F., 1973.
- SÎRBU AURELIA (sub red.), *Psihiatrie clinică*. Ed. Dacia, Cluj-Napoca, 1979.
- SLATER M. K., Oedipus and Job in East Africa. "*Trans. N. Y. Acad. Sci.*", 1966, s. II, vol. 28, nr. 5, p. 644.
- SPERANȚIA E., *Introducere în sociologie*, vol. I-II. Ed. Casa Școalelor, București, 1944.
- SPERANȚIA E., *Resorturile psihologice ale evoluției umane*. Ed. Universității, Cluj, 1947.
- SPOERRI TH., Klinik und Ausdrucksphänomenologie, în vol. *Psychologie und Psychiatrie*. Karger, Basel – New York, 1964, p. 185.
- STEVENIN L., Psychopathologie de l'expression. "*L'encéphale*" (suppl.), nov.-dec., 1966, p. 1.
- STERN E., *Le médecin et son patient*. Ed. Vitte, Lyon, 1960.
- STERN W., *Allgemeine Psychologie*. Amsterdam, 1936.
- STOESSEL ȘT și OGODESCU D. S., *Omul și universul informațional*. Ed. Facla, Timișoara, 1978.
- STOETZEL J., Psychologie sociale des âges. "*Bull. de Psychol.*", 1968, nr. 268, p. 721.
- STOKVIS B., Psychosomatik, în *Handbuch der Neurosenlehre*, vol. 3. Urban – Schwarzenberg, Wien, 1959, p. 435.
- * * * *Stress, Maladies de la civilisation et vieillissement*. Symposium, Lab. Robert et Carrière, Paris, 1975.
- SUDRE R., *Traité de parapsychologie*. Payot, Paris, 1956.
- SUSSER M. W. and WATSON W., *Sociology in Medicine*. Oxford Univ. Press, London, 1967.
- SZONDI L., *Experimentelle Triebdiagnostik*. Huber, Bern, 1947.
- ȘCHIOPU URSULA, DEMETRESCU RODICA și ZLATE M. (coord.), *Dicționar enciclopedic de psihologie*, 3 vol. Univ. București, 1979.
- ȘTEFĂNESCU-GOANGĂ FL., ROȘCA AL., CUPCEA S., *Adaptarea socială*. Inst. de Psihologie, Cluj, 1938.
- TANCO T., *Uu om în halat vișiniu*. E.P.L., București, 1968.

- TARASOV K. E., Despre caracterizarea gnoseologică și logică a greșelilor de diagnostic, în vol. *Probleme filosofice ale medicinei*. Ed. Medicală, București, 1963, p. 112.
- TAYLOR P., Art as Psychotherapy. "Ann. J. Psychiatry", 1950, vol. 106, p. 599.
- TEILLARD A., *L'âme et l'écriture*. Stock, Paris, 1948.
- TENHAEFF W. H. C., *Aussergewöhnliche Heilkräfte*. Olten u. Freiburg, 1957.
- TEODORU M., Aspecte psihice în endocrinopatii. "Rev. de psihol.", 1957, an. 3, nr. 1, p. 65.
- TILITCHÉEF G., Essai sur la psychologie de la médecine. "Cahiers de Biothérapie", 1966, vol. 3, nr. 10, p. 68.
- TORRIS G., *L'acte médical et le caractère du malade*. P.U.F., Paris, 1954.
- TOURNIER P., *Médecine de la personne*. Ed. Delachaux et Niestlé, Paris.
- TRAN-TONG, *Stade et concept de stade de développement de l'enfant dans la psychologie contemporaine*. Vrin, Paris, 1967.
- TRILLAT R., Expériences de graphothérapie dans divers cas moteurs et psychiques. "Gaz. méd. de France", 1965, vol. 72, nr. 12, p. 2 453.
- *** *Troubles du comportement*. "Ciba revue", Basel, août 1972.
- *** *Tuberkulose - Lexikon*. G. Thieme, Leipzig, 1943, p. 139.
- TUCKMAN J., Suicide and physical illness. "J. gen. Psychol.", 1966, vol. 75/2, p. 291.
- TUTUNDJIAN O., La psychologie de G. Politzer. "Rech. intern. marxisme", 1966, vol. 9, nr. 51, p. 104.
- UGHETTI G.B., *Medici și clienți*. Trad. H. Kaufman. Tip. Modernă, Piatra Neamț, 1910.
- VAGO O. și HAN S., *Psihoprofilaxia durerilor de naștere*. Ed. Medicală, București, 1956.
- VALABREGA J.P., *Les théories psychosomatiques*. P.U.F., Paris, 1956.
- VALABREGA J.P., *La relation thérapeutique*. Ed. Flammarion, Paris, 1962.
- VARIGNY H., *La mort et le sentiment*. Alcan, Paris, f.a.

- VASCHIDE N., *Essai sur la psychologie de la main*. Ed. Rivière, Paris, 1909.
- VAULTIER R., La musique et la médecine: la mélothérapie. "Presse méd.", 1954, nr. 37, p. 1187.
- VĂTĂMANU N., *Reflexoterapia*. Ed. Orientarea, București, 1934.
- VINCENT J. CL., *Incidences des manifestations psycho-émotionnelles dans le déclenchement des crises de tachycardie ventriculaire*. Thèse, Lyon, 1971.
- VEXLIARD A., Tempérament et modalités d'adaptation. "Bull. Psychol.", 1968, vol. 21, p. 531.
- VIANU I., *Introducere în psihoterapie*. Ed. Dacia, Cluj, 1975.
- VINTILĂ I., *Încleștarea cu moartea*. Ed. Tineretului, București, 1965.
- VINTILĂ I., *Cifra suferinței*. Ed. Tineretului, București, 1967.
- VITTOZ R., *Notes et pensée*. Ed. de Louvain, Paris, 1956.
- VLAD C., *În domeniul inconștientului*. Tip. Luceafărul, București, 1926.
- VLAD T. și VLAD C., *Psihologia și psihopatologia comportamentului*. Ed. Militară, București 1978.
- VOICULESCU M. și ANGHELESCU M., *Medici scriitori, scriitori medici*. Ed. Medicală, București, 1965.
- VOIVENEL H., *Le médecin devant la douleur et la mort*. Libr. des Champs Elysées, Paris, f.a.
- VOUTSINAS D., En relisant Politzer. "Bull. de Psychol.", 1967, vol. 21, nr. 263, p. 169.
- WARNER H. et WITTKOWER E. D., Psychosomatique transculturelle. "Med. Prisma", nr. 3, Boehringer, Ingelheim, 1975.
- WEBB W.B., Biological rhythms; sleep and performance. Wiley and sons, LTD, New York, 1982.
- WEINTRAUB A., Reflexions psychosomatiques sur les maladies du dos. "Méd. et Hyg.", 1967, nr. 806, p. 1445\.
- WEISS J. M., Psychological Factors in Stress and Disease. "Scientific American", 1972, vol. 226, nr. 6, p. 104.
- WEITBRECHT H. J., Über Hypochondrie. "Dtsch. med. Wschr.", 1951, vol. 76, nr. 10, p. 753.

WEIZSÄCKER W. von, über serlische Einfüsse auf den Ablauf der Kreislaufkrankheiten, in *Aktuelle Kreislauffragen*. Steinkopf. Dresden - Leipzig, 1938, p. 125.

WEIS CKER W. von, *Gestaltkreis*. G. Thieme, Stuttgart, 1950.

WHITE P.D., *Clues in the Diagnosis and Treatment of Heart Disease*. Ed. Thomas, Springfield, 1956.

WILLARD N., *Le génie et la folie au XVIII-e siècle*. P.U.F., Paris, 1963.

ZINKER J. C. a FINK ST. L., The Possibility for psychological Growth in a dying Person. "J. gen Psychol.", 1966, vol. 74/2, p. 185.

ZISSU B., *Mat re médicale hom opathique constitutionnelle*. T. II. J. Peyronnet, Paris, 1960.

ZLOTOWICZ M., *Les peurs enfantines*. P.U.F., Paris, 1974.